

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

**Capacidad de autocuidado en la prevención de caídas
que tienen los adultos mayores que acuden al Centro
de Salud Tablada de Lurín, 2011**

TESIS

para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

María del Pilar Camino Salazar

ASESOR

María Jackeline Cuellar Florencio

Lima – Perú

2012

**CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN LA PREVENCIÓN
DE CAÍDAS QUE TIENEN LOS ADULTOS MAYORES
QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD
TABLADA DE LURIN 2011**

Agradezco a Dios por
protegerme, guiarme,
iluminarme y darme la
fortaleza para alcanzar
mis metas.

Agradezco a la Lic. María
Jackeline Cuellar Florencio,
por brindarme su apoyo,
comprensión y asesoría
durante la realización de la
presente investigación.

Dedico este trabajo a mis amados padres y hermana por estar siempre a mi lado brindándome su apoyo incondicional, motivación y por haber confiado siempre en mí.

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
Índice de Gráficos	8
Resumen	9
Presentación	10

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

A. Planeamiento del Problema	12
B. Formulación del Problema	16
C. Justificación	16
D. Objetivos	18
E. Propósito	19
F. Marco teórico	19
F.1. Antecedentes	19
F.2. Base Teórica	26
1. Problemática del Adulto Mayor	26
1.1. Mortalidad	26
1.2. Morbilidad	26
2. Aspectos teóricos – conceptuales del adulto mayor	27
2.1. Clasificación del adulto mayor según las actividades que realiza	28
2.2. Conceptualizaciones y características del envejecimiento	29
2.3. Riesgos en el Adulto Mayor	42
a. Visión	43
b. Audición	43
c. Piel	44
d. Nutrición	45

e. Tránsito intestinal	46
f. Medicamentos	46
g. Reposo y sueño	47
h. Inmovilidad	47
i. Accidentes	48
j. Caídas	49
j.1. Factores de riesgo de las caídas	50
j.2. Repercusiones y consecuencias	60
2.4. Normativa sobre el Adulto Mayor	64
3. Autocuidado en el Adulto Mayor	67
3.1. Teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem	67
3.2. Intervención de la Enfermera en el cuidado del adulto mayor	73
4. Capacidad de Autocuidado	74
G. Definición operacional de términos	78

CAPITULO II: MATERIAL Y MÉTODOS

A. Tipo, nivel y método de estudio	79
B. Sede de estudio	79
C. Población y/o muestra	80
D. Técnica e instrumento de recolección de datos	81
E. Proceso de recolección, procesamiento y presentación de datos	82
F. Proceso de análisis e interpretación de datos	83
G. Consideraciones éticas	84

CAPITULO III: RESULTADOS

A. Datos Generales	85
B. Catos específicos	
B.1. Capacidad de Autocuidado en la prevención de caídas	86
B.2. Capacidad de Autocuidado en el control de los factores de riesgo intrínsecos de las caídas	87
B.3. Capacidad de Autocuidado en el control de los factores de riesgo extrínsecos de las caídas	88

CAPITULO IV: DISCUSIÓN **89**

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones	98
B. Recomendaciones	99

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

INDICE DE GRAFICOS

GRÁFICO	Pág.
1. Capacidad de Autocuidado en la prevención de Caídas de los Adultos mayores del Centro de Salud “Tablada de Lurín”	86
2. Capacidad de Autocuidado en el control de los factores intrínsecos de las caídas de los adultos mayores del Centro de Salud “Tablada de Lurín”	87
3. Capacidad de Autocuidado en el control de los factores extrínsecos de las caídas de los adultos mayores del Centro de Salud “Tablada de Lurín”	88

RESUMEN

El presente estudio titulado “Capacidad de Autocuidado en la prevención de caídas que tienen los adultos mayores que acuden al centro de salud Tablada de Lurín – 2011”, tuvo como objetivo: determinar la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas que tienen los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Tablada de Lurín. El estudio es de método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 46 adultos mayores. La técnica de recolección de datos utilizada fue la entrevista y el instrumento una escala Likert modificada. Obteniéndose como resultados que el 54.35% de los adultos mayores encuestados tiene una capacidad de autocuidado poco aceptable en la prevención de caídas, un 23.91% con una capacidad de autocuidado no aceptable y un 21.74% con una capacidad de autocuidado aceptable. Llegando a la siguiente conclusión: Los adultos mayores del Centro de Salud “Tablada de Lurín” poseen una capacidad de autocuidado poco aceptable en la prevención de caídas, lo que los pone en riesgo de sufrir caídas y sus posibles consecuencias físicas, psicológicas y sociofamiliares alterando el mantenimiento de la salud, bienestar y sobre todo la independencia y autonomía.

PALABRAS CLAVE: Capacidad de Autocuidado, Prevención de caídas, Adulto Mayor

PRESENTACIÓN

La población de adultos mayores en el mundo y en el Perú se ha venido incrementando en los últimos años; por otro lado se prevé un mayor crecimiento. Este hecho va adquiriendo relevancia debido a los efectos que ocasionaría en los niveles de atención, especialmente en la atención primaria y secundaria de la salud y porque no decir también en los aspectos sociales, económicos, políticos y culturales de nuestro país.

Es sabido que el envejecimiento es un proceso natural e irreversible que comprende los cambios biopsicosociales en el individuo. Estos cambios conducen a un deterioro funcional y pérdida de la iniciativa lo que genera vulnerabilidad y por ende disminución del bienestar. Por lo cual es necesario que el adulto mayor logre en lo posible una longevidad satisfactoria con calidad de vida. Para conseguir una mejor calidad de vida del adulto mayor se debe lograr asumir voluntariamente el cuidado de su propia salud, es decir, practicar el Autocuidado; lo que le ayudará a mantener un envejecimiento seguro y saludable.

Por lo antes mencionado nace el interés de investigar la capacidad de autocuidado que posee el adulto mayor en el Centro de Salud “Tablada de Lurín”, pues de esta manera se contribuirá a fortalecer el rol de la enfermera especialmente en el primer nivel de atención.

El presente estudio consta de cinco capítulos: Capítulo I: Introducción en el cual se detalla el Planteamiento del problema, la Formulación del problema, Justificación, Objetivos, Propósito, Marco

teórico y Definición operacional de términos. Capítulo II: Material y Métodos en el cual se describe el Nivel, Tipo y Método de estudio, Área de estudio, Población y muestra, Técnica e instrumento de recolección de datos, Proceso de recolección, procesamiento y presentación de datos, Proceso de análisis e interpretación de datos y Consideraciones éticas. Capítulo III: Resultados, Capítulo IV: Discusión y Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones. Finalmente se presentan las Referencias Bibliográficas, Bibliografía y Anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La distribución de la población mundial según las edades está pasando por una profunda transformación, pues a medida que la mortalidad y la fertilidad han ido descendiendo, la distribución se está modificando gradualmente en favor de las edades más avanzadas. Todas las regiones del mundo están experimentando este cambio, así tenemos que desde 2009, se estimó que 737 millones de personas tienen 60 años o más lo que constituyen a la "población de edad avanzada" del mundo. Por otro lado, se prevé que este número se incrementará a 2 millones más para el 2050, por lo que las personas adultas mayores superarán en número a la población infantil (personas de 0 – 14 años).

En los países desarrollados el porcentaje de personas mayores también es elevado, así tenemos que en Europa, uno de cada cinco personas es ya de 60 años o más. En Asia, América Latina y el Caribe la relación es uno de cada diez, y uno de cada 19 en África. Si comparamos, vemos que el envejecimiento de la población está avanzando más rápido en los países en desarrollo que en los países

desarrollados, donde el envejecimiento de la población está más avanzado (1). Como consecuencia de ello, la población adulta mayor en el mundo se irá concentrando cada vez más en los países en desarrollo. Por lo que, para el 2050, se prevé que el 79% de las personas mayores de 60 años vivirán en países en desarrollo. (2)

Nuestro país no es ajeno a este cambio. La progresiva transformación que viene experimentando la estructura etaria de la población peruana es un fenómeno que compromete a todos los grupos poblacionales y resulta más evidente en los adultos mayores. En 1993, la población de 60 y más años representaba el 7.0 % de la población total, es decir, más de un millón y medio de personas. En el año 2007, la población estuvo constituida por 2 millones 495 mil personas que representaba el 9.1% de la población total (3). De mantenerse las tendencias actuales, para el año 2025 se alcanzaría una cifra de 4 millones 429 mil personas, lo que representaría el 12.4% del total de población. (4)

El Ministerio de Salud dentro de sus Lineamientos de Política refiere que es muy importante atender de manera integral las necesidades de salud de la población adulta mayor, a fin de lograr el bienestar físico, funcional, mental y social, de esta población, promoviendo el envejecimiento activo y saludable. (5)

El envejecimiento es un proceso complejo y dinámico con componentes fisiológicos, psicológicos y sociológicos que son inseparables y están íntimamente relacionados. Este proceso de envejecimiento se caracteriza por la pérdida progresiva de la capacidad de reserva del organismo ante los cambios, la mayoría son cambios involuntarios que tienen una repercusión indudable

sobre la fisiología del organismo, pero su principal efecto está en la capacidad de adaptación del individuo a las exigencias del medio (6). Se trata de un proceso normal que implica un crecimiento, desarrollo y adaptación continuados hasta la muerte, por lo que el envejecimiento no es una enfermedad, pero sí vulnerabilidad, es decir que las personas adultas mayores están en riesgo o tienen la probabilidad de lesionarse o ser dañados por cambios en las condiciones del entorno, o por sus propias limitaciones.

Los adultos mayores tienen mayor prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas y un mayor riesgo de sufrir accidentes por disminución de capacidades por el propio proceso de envejecimiento.

Las caídas son los accidentes que con mayor frecuencia se presentan en esta edad. Llámese caídas a: "la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo de forma repentina e involuntaria". Es un fenómeno frecuente que afecta a una gran parte de la población de personas mayores. (7)

Así tenemos que, según estudios realizados en los países desarrollados el 30% de las personas de 65 años o más que viven en su casa, pueden caer una o más veces por año; este porcentaje se incrementa hasta 50 % en los mayores de 80 años. El fenómeno predomina en el sexo femenino en una relación 2.7:1 en las personas de 60 a 65 años, pero tiende a igualarse por sexos conforme se incrementa la edad, e incluso tiende a ser más frecuente en los varones después de los 85 años. (8)

En estudios realizados en los países en desarrollo se reportó una prevalencia de caídas en adultos mayores de 34.5%, así mismo, la caída se configuró como la principal causa de muerte por lesión accidental en este grupo etáreo. (9)

Las caídas son un marcador de fragilidad en los ancianos, constituyendo uno de los grandes síndromes geriátricos, que en ocasiones presentan tremendas complicaciones, que muchas veces conllevan a la discapacidad y compromiso de la vida. Así tenemos a las fracturas de cadera que en un 88% son debidas a caídas. (10)

Por tal motivo, existen alternativas de prevención y de autocuidado que pueden reducir los riesgos de accidentes en las personas adultas mayores, aminorando sus consecuencias y mejorando su calidad de vida

Según Orem, el autocuidado es la práctica de actividades que las personas emprenden con arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar. (11)

El autocuidado está intercalado en las actividades de la vida diaria y no es en sí misma una actividad de la vida diaria. Es un fenómeno activo, que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir el curso de acción apropiado.

Las actividades necesarias para mantener la salud se aprenden y están condicionadas por muchos factores como la edad, la maduración y la cultura, formándose las capacidades de

autocuidado (6). Es allí donde la enfermera, en su rol de promotor de la salud, orienta y motiva en la persona adulta mayor, familia y comunidad la práctica del autocuidado, lo implica pasar de una relativa dependencia o pasividad a una autonomía o participación activa y responsable. (12)

En el Centro de Salud Tablada de Lurín de Lima - Perú en el año 2010 se ha registrado que del total del 100% de personas que acuden al servicio de Emergencias el 6.18% son adultos mayores y de estos el 27% ingresan por diversos traumatismos, presentando principalmente contusiones, heridas abiertas, fracturas; causadas en la mayoría de casos por caídas y especialmente en mujeres.

A partir de esta realidad es que se formularon las siguientes interrogantes: ¿Qué tipo de actividades realizan los adultos mayores?, ¿qué cuidados le proporcionan a su cuerpo?, ¿qué tipo de cuidados realizan los adultos mayores para prevenir las caídas en su hogar?, ¿Qué precauciones toman los adultos mayores al andar por la calle?

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas que tienen los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Tablada de Lurín en el año 2011?

C. JUSTIFICACIÓN

Actualmente en el Perú se viene experimentando un incremento de la población adulta mayor y en consecuencia un

aumento de la demanda de atención en la salud de este grupo etéreo. Las Políticas del Ministerio de Salud buscan impulsar un envejecimiento activo y saludable mediante lineamientos y estrategias, para mejorar el bienestar físico, psíquico y social de las personas adultas mayores en relación a su entorno.

Las personas adultas mayores son diferentes de las otras etapas de la vida, ya que son un grupo poblacional complejo donde confluyen por un lado los aspectos propios del envejecimiento, la alta prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas y la mayor frecuencia de alteraciones en la funcionalidad o dependencia física, situándolos así en una posición de vulnerabilidad; pues también se une a lo antes mencionado la falta de recursos económicos, el débil soporte familiar y social, exacerbándose así la situación de desprotección, lo que contribuye al deterioro de la salud de estas personas.

Las caídas son un problema de salud serio en los adultos mayores. Se calcula que 30 a 40% de los adultos mayores que viven en la comunidad caen en el transcurso de un año. Más de la mitad de las caídas llevan a algún tipo de lesión y uno de cada tres adultos mayores que caen sufre serios daños como fracturas de cadera y traumatismos encéfalo craneanos. La fractura de cadera es de las más frecuentes, y la que acarrea una mayor morbilidad; y lo más relevante, en el 30 a 45% de los casos quedan con una dependencia funcional importante para su desenvolvimiento cotidiano.

La práctica del Autocuidado juega un papel indispensable ya que implica que el adulto mayor asuma voluntariamente la

responsabilidad sobre el cuidado de su propia salud, tanto física como mental, adoptando estilos de vida saludables considerando sus propias limitaciones y posibilidades; para así disminuir la morbilidad y mortalidad en el adulto mayor, y mantener una calidad de vida durante los años que logre vivir.

El profesional de enfermería como parte del equipo de salud en el primer nivel de atención tiene como responsabilidad lograr el autocuidado del adulto mayor, especialmente para prevenir las caídas, pues esto involucra brindar conocimientos y fomentar la actuación para evitar consecuencias como: fracturas, hematomas, heridas, miedo de volver a caer, depresión, tristeza, aislamiento social, pérdida de autonomía y discapacidad.

D. OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas que tienen los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Tablada de Lurín en el año 2011.

Objetivos Específicos:

- Identificar la capacidad de autocuidado que tienen los adultos mayores en el control de los factores de riesgo intrínsecos de las caídas.

- Identificar la capacidad de autocuidado que tienen los adultos mayores en el control de los factores de riesgo extrínsecos de las caídas.

E. PROPÓSITO

Los resultados serán de utilidad para la institución a fin de contar con información fidedigna sobre la capacidad que tienen los adultos mayores sobre la prevención de las caídas.

Por otro lado serán de utilidad para los profesionales de enfermería que con la información acerca de cómo el adulto mayor realiza el cuidado de sí mismo para prevenir las caídas, fortalecerá en realizar actividades de prevención y promoción de la salud al adulto mayor con el fin de disminuir los riesgos que puedan dañar la salud de este grupo etáreo y por ende mejorar su calidad de vida.

F. MARCO TEÓRICO

F.1. Antecedentes

A continuación se presenta la revisión bibliográfica nacional e internacional sobre investigaciones relacionados al presente estudio:

1. En el ámbito Nacional

DE LA PUENTE, Carlos en el 2005 presentó su estudio titulado “Caídas en Ancianos en el Club del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto” - Perú. Siendo el objetivo:

identificar las características y prevalencia de las caídas en el grupo estudiado. El estudio es de tipo cualitativo, método descriptivo de serie de casos. La Población estuvo conformada por 95 adultos mayores participantes activos del Club del Adulto Mayor. La técnica usada fue la entrevista y los instrumentos fueron: Índice de Charlson, Índice de Barthel, Escala de Lawton, el Minimental, Escala de Yessavage, Escala de evaluación de Tinetti. Obteniéndose como conclusiones:

“La mayor proporción de caídas fue en mujeres, asociándose las enfermedades de Hipertensión Arterial, osteoartritis, dislipidemias”

“En cuanto a la circunstancia en que se produjeron las caídas hubo una mayor frecuencia en las mañanas, con buena iluminación y piso resbaladizo”.

“Un grupo importante también experimentó caídas en vía pública, las caídas accidentales se presentan en mayor porcentaje siendo precedidas por mareos”

“La mayoría de pacientes experimentan temor a caer nuevamente”

“Portar sandalias se ha encontrado como un factor relacionado con caídas”. (13)

MAITA ROJAS, Anally, en el 2008 presentó su estudio titulado “Riesgos de accidentes en el Adulto Mayor que realiza actividades de rutina, usuarios de los Servicios del Centro de Salud Conde de la Vega” - Perú. Tuvo como objetivo: Determinar los riesgos de accidentes en el Adulto Mayor que realiza actividades de rutina, usuarios de los Servicios del Centro de Salud Conde de la Vega. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 63 adultos mayores. El instrumento que se utilizó fue un formulario y la técnica utilizada fue la entrevista.

Previamente se aplicaron 2 instrumentos validados: el Índice de KATZ y la Escala de Lawton y Brody para evaluar la capacidad funcional para realizar Actividades de la vida diaria e instrumentales. Las conclusiones a las que se llegó fueron:

“El riesgo de experimentar accidentes, y más aún domésticos se encuentra “Presente” en 54(85.80%) adultos mayores”.

“Respecto al riesgo según tipo de accidente de 63(100.0%), 42(66.50%) presentaron riesgo a caídas, 25(39.70%) quemaduras y 23(35.80%) intoxicaciones”.

“En la evaluación de la capacidad funcional para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD), según el Índice de Katz, 38(63.31%) son independientes en el índice A, 25 (39.68%) son independientes en el índice B. Asimismo según la Escala de Lawton y Brody, se tiene que 40(63.45%) son independientes con puntaje 8 y 23(36.50%) son independientes con puntaje 7, ya que la mayoría de éste grupo eran varones y no realizaban en la práctica una de las actividades de la escala, como el preparar los alimentos”.(14)

Las investigaciones revisadas nos permiten concluir que en los adultos mayores el riesgo de experimentar accidentes y en especial caídas se encuentra presente en la mayoría de casos. Así mismo las características del entorno y la condición propia del adulto mayor influyen en la ocurrencia de estas. Aportando así información importante para la fundamentación y elaboración del instrumento de recolección de datos.

2. Ámbito Internacional

LUIS GERARDO DOMÍNGUEZ CARRILLO y Col. en el 2005 publicó su estudio titulado “Caídas en el anciano: Factores

asociados en 168 casos” - México. Tuvo como objetivo: Investigar los factores asociados en las caídas del anciano y valorar su modificación con programa de ejercicios. El estudio es de método cuasi-experimental de corte longitudinal. La población estuvo constituida por 168 adultos mayores con edad > a 70 años. La técnica utilizada fue la entrevista para la recolección de datos acerca del evento, enfermedades, hospitalizaciones y actividad física. Se realizaron mediciones: Goniometría de cadera y rodilla, podoscopia, fuerza isométrica, cronometría de marcha, prueba de coordinación. El programa de Intervención constó de 20 sesiones de ejercicios de equilibrio y fortalecimiento de músculos antigravitatorios con un seguimiento durante 6 meses. Las conclusiones a las que llegaron fueron las siguientes:

“Las caídas en el anciano tienen una relación multifactorial”

“Algunos factores intrínsecos pueden ser modificados con ejercicio específico para mejorar fuerza muscular, equilibrio y seguridad en la marcha”.

“El adulto mayor enfermo debe reintegrarse lo más rápidamente posible a las actividades de la vida diaria para evitar disminución de la capacidad funcional”. (15)

BLANCA ESCOBAR CASTELLANOS en el 2006 presentó su estudio titulado “Factores de riesgo de caídas en el adulto mayor”. Tuvo como objetivo: identificar los factores de riesgo de caídas a los cuales está expuesta la población adulto mayor adscrita a la Clínica de Medicina Familiar “B” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de la ciudad de Hermosillo, Sonora” - México. El estudio es de método descriptivo de corte transversal. La población estuvo

constituida por 190 adultos mayores. La técnica utilizada fue la entrevista y los instrumentos fueron: Una cédula de datos sociodemográficos, Examen mental de Pfeiffer, Escala de Tinetti para el equilibrio, Escala de Tinetti para marcha, Lista de verificación de seguridad domiciliaria. Las conclusiones a las que llegó fueron las siguientes:

“La población estudiada estaba expuesta a riesgos como antecedente de una o dos caídas previas en un periodo de 6 meses, siendo los más susceptibles los mayores de 75 años”.

“En relación a los factores de riesgo intrínseco, la pérdida del equilibrio fue la principal causa atribuida a las caídas reportadas”.

“En relación a los factores de riesgo extrínseco, la presencia de obstáculos y superficies resbaladizas fueron las principales causas atribuidas a las caídas”.

“En relación a las medidas de seguridad personal, se detectó que la mayoría de la población acostumbra a caminar descalzo y con calcetines, además no usan escalera o banco para alcanzar objetos en alto”. (16)

Los antecedentes revisados describen que la ocurrencia de las caídas en los adultos mayores está sujeta a múltiples factores, algunos propios del individuo y otros del entorno. Así mismo evidencian que varios de estos factores pueden ser modificados al inculcar en la persona estilos de vida saludable. Esta información es de ayuda para confrontar los resultados y demostrar la importancia de la intervención de los profesionales de salud para el mejoramiento de la calidad de vida de este grupo etáreo.

LANDEROS OLVERA, Erick y COL., (2004) en la investigación titulada “Estimación de las capacidades de

autocuidado para hipertensión arterial en una comunidad rural – México”. Que tuvo como objetivo: estimar las capacidades de autocuidado (CAC) para hipertensión arterial en personas de 20 a 69 años de una comunidad rural. Se utilizó un diseño descriptivo de corte transversal. A través de la visita domiciliaria en una comunidad rural del estado de Morelos, se hizo la selección en dos momentos hasta completar un total de 120 personas, en las que bajo consentimiento informado y previa estandarización de los procedimientos de medición clínica se realizó la medición y registro de la presión arterial. Para la valoración de las CAC se aplicó la versión en español de la Escala Estimativa de Capacidades de Autocuidado. La conclusión a la que se llegó fue:

“El grupo de personas sin HAS percibe sus capacidades de autocuidado (que teóricamente las habilita para mantenerse en un estado de salud aceptable), relativamente más bajo que las personas con HAS. Al parecer la presencia de enfermedad condiciona en los individuos una percepción diferente de su estado de salud, probablemente relacionada con el acceso a los servicios de salud y por ende a la información recibida sobre su enfermedad, una posible explicación es que las personas sin HTA, que se perciben sanos no consideren necesaria la posibilidad de desarrollar sus CAC, en este sentido Orem refiere que el factor que más influye positivamente en el desarrollo de estas capacidades y habilidades en una persona adulta, es la alteración percibida de su estado de salud”.
(17)

MEDELLÍN VÉLEZ, Beatriz, (2007), en la investigación titulada “Desarrollo de capacidades de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2”-México. Tuvo como objetivo:

presentar la experiencia con el modelo de atención en un periodo de 18 meses. Es un estudio descriptivo, longitudinal, tipo intervención, con base en el proceso de enfermería. Se incluyeron personas con diabetes mellitus, usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 57 del Instituto Mexicano del Seguro Social. La muestra obtenida fue por conveniencia, con un total de 92 pacientes. La evaluación general se realizó cada mes durante un año y medio. Se realizaron en promedio por persona 68 valoraciones localizadas y 18 generales en los requisitos de autocuidado. Las conclusiones a las que se llegaron fueron las siguientes:

“El cuidado ambulatorio del adulto con DM que se otorga a través del programa de enfermería, favoreció que las personas mantuvieran cifras de glucemia aceptables.

“La contundencia del programa fue notoria, ninguno de los participantes fue reportado en hospitalización con alguna complicación grave.”

“El desarrollo de las capacidades de autocuidado, contribuyó a alcanzar el mejor estado de salud posible.”

“Desarrollar conductas de salud, debe atenderse en todo el contexto y no solo en el paciente.”

“El uso del proceso de enfermería con base a modelos teóricos, facilita las intervenciones especializadas y guían la práctica independiente.”

(18)

Los antecedentes presentados corroboran la importancia de las capacidades de autocuidado para la conservación de la salud y la vida de las personas, hecho que permite sustentar el desarrollo de la presente investigación; evidencia también que la oportuna intervención de la enfermera favorece al fortalecimiento o desarrollo de dichas capacidades. Así mismo aportan, para la

investigación, una base para la metodología y elaboración del instrumento de recolección de datos.

F.2. Base Teórica

1. Problemática del adulto mayor

1.1. Mortalidad del Adulto Mayor

En el sistema de establecimientos de salud permanentes a la Seguridad Social se cuenta con estadísticas más recientes de muertes intrahospitalarias; así tenemos que la primera causa de defunción de personas mayores de 65 años en el 2003 fueron las infecciones respiratorias bajas (12.68%), seguidas por las enfermedades hipertensivas, con 9.48% y las enfermedades cerebro vasculares, con 5,57%; así mismo se contó con un 2.65% de personas adultas mayores que fallecieron a causa de accidentes y lesiones.

1.2. Morbilidad del Adulto Mayor

Del total de enfermedades registradas por el MINSA, se observa que las mayores causas de morbilidad de las personas adultas mayores (1998) son las enfermedades del aparato respiratorio, le siguen las enfermedades del sistema óseo muscular y del tejido conectivo y las enfermedades del sistema nervioso y de los sentidos, seguida de los traumatismos con un total de 69,923 casos.

En EsSalud se registró 2'699,672 atenciones en el Servicio de Emergencia para población en general en el año 2003; de éstas, el 14.62% fue de adultos mayores. La presencia de hipertensión arterial primaria fue la primera causa concreta de consultas a estos servicios (8.28%), seguida por traumatismos en regiones específicas que constituyó el 6.78% de la población adulta mayor atendida.

En lo referente a hospitalización, en EsSalud se registró 352,332 hospitalizaciones para población en general en el año 2003; de éstas, el 20.49% fue de adultos mayores. La neumonía fue la primera causa de consulta de hospitalización de la población adulta mayor de 65 años (5.08%). En segundo lugar se encuentran las colecistitis y colelitiasis (4.56%), seguidas por la hiperplasia prostática (4.29%); así mismo la fractura de fémur constituyó un 2.17% de las hospitalizaciones de los adultos mayores. (19)

2. Aspectos teóricos - conceptuales del adulto mayor

En el año 1984, la Organización Mundial de la Salud establece el uso del término “Adulto Mayor” para referirse a las personas de 60 años y más y de esta manera evitar múltiples denominaciones como viejo, anciano, geronte, entre otras.

En los países en vías de desarrollo, la Organización Panamericana de la Salud considera como Personas Adultas Mayores a aquellas que tienen 60 o más años de edad, de acuerdo al estándar técnico aplicado, teniendo en cuenta la

esperanza de vida de la población de la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento.

2.1. Clasificación del adulto mayor según actividades que realiza

De acuerdo a los documentos antes mencionados, a fin de orientar adecuadamente los servicios socio sanitarios destinados a las personas adultas mayores, es funcional clasificarlas en tres grupos:

- *Persona adulta mayor autovalente*: es aquella persona adulta mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria que son las actividades funcionales esenciales para el autocuidado (comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse y continencia) y las actividades instrumentales de la vida diaria (cocinar, limpiar, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir fuera de la ciudad). Se considera que el 65% de los adultos mayores tienen esta condición.
- *Persona adulta mayor frágil*: se define como aquella que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológico y/o factores sociales asociados con aumento de la susceptibilidad a discapacitarse y a presentar mayor morbilidad y mortalidad. Se considera que el 30% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición.
- *Persona adulta mayor dependiente o postrada*: se define a aquella persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológico, asociada a una restricción o

ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria, se considera que entre el 3% a un 5% de personas mayores que viven en la comunidad se encuentran en esta condición.(5)

2.2. Conceptualización y características del proceso del envejecimiento

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), concibe el envejecimiento como "una etapa del desarrollo humano y como un proceso que envuelve factores de índole biológica, psicológica y sociocultural. Este proceso es universal e individual y se inicia desde que nacemos".

El envejecimiento es un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo, y, hasta el momento, inevitable, en el que ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades.

Características del envejecimiento:

- Universal, es propio de todos los seres vivos.
- Progresivo, porque es un proceso acumulativo.
- Continuo, tiene un inicio y final.
- Dinámico, porque está en constante cambio, evolución.
- Irreversible, no puede detenerse ni revertirse; es definitivo.

- Declinante, las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte.
- Intrínseco, porque ocurre en el individuo, a pesar de que está influido por factores ambientales, y
- Heterogéneo e individual, porque el proceso de envejecimiento no sigue un patrón establecido. Cada especie tiene su propia característica de envejecimiento y varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.

Los cambios sobre el organismo causados por el envejecimiento pueden expresarse de dos maneras: envejecimiento normal o primario, referido a los cambios derivados del propio paso del tiempo y su característica universal es el criterio principal; y el envejecimiento patológico o secundario, caracterizado por la presencia de una enfermedad o discapacidad además de los cambios propios del envejecimiento.

La OPS, define el estado de salud de los que envejecen, no en términos de déficit sino del mantenimiento de la capacidad funcional. Precisamente, considerar el número y calidad de los años que una persona de edad avanzada puede vivir sin discapacidad ha llevado al desarrollo de la expectativa de vida autónoma. Así, el envejecer en forma saludable está dirigido a adaptarse a los cambios biopsicosociales, conservando la funcionalidad y la satisfacción personal, en cuya adaptación el propio interesado juegue un papel activo.

Se sabe que el envejecimiento se debe, en gran parte, a las características genéticas del ser humano y a las de cada individuo, de modo diferente. Sin embargo, el envejecimiento se ve influido por el medio ambiente y el estilo de vida según el cual cada persona hace uso, abuso y desuso de sus capacidades de modo totalmente peculiar, dando como resultado una personalísima forma de envejecer. Estos factores: medio ambiente y estilos de vida, son modificables, y por ello se debe considerar la intervención educativa para prever un buen envejecimiento.

La Organización Mundial de la Salud declara que la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad”. Armonizando con esta nueva concepción de salud, Ebersole y Hess definen que, para la persona de edad avanzada, “bienestar es el balance entre sus entornos internos y externos y sus procesos emocionales, espirituales, sociales-culturales y físicos, que le permitan estar en su nivel óptimo de funcionamiento y lograr una existencia buena y satisfactoria”. En el marco conceptual del nuevo paradigma del envejecimiento, propone que depende en gran medida de la prevención de las enfermedades y de la discapacidad, del mantenimiento de una gran actividad física y de las funciones cognitivas y de la participación constante en actividades sociales y productivas.

a. Cambios biosicosociales del envejecimiento

Dentro del proceso de envejecimiento se producen cambios en el funcionamiento de las esferas biológica, psicológica y social. Con el paso de los años tales transformaciones predisponen al adulto mayor a presentar variadas enfermedades. Se debe considerar que no todos los procesos están presentes en los adultos mayores debido a que tienen en su desarrollo un carácter individual y heterogéneo, por lo que cada uno llega a tener su propia manera de envejecer. A continuación se revisarán algunos cambios asociados al envejecimiento.

a.1. Cambios biológicos asociados al envejecimiento

- Anatomía general: La estatura, generalmente a partir de los 40 años, disminuye; esta pérdida es más acentuada en las mujeres, evidenciada por los cambios en la postura del cuerpo, disminución de la altura de las vértebras, el encorvamiento de la columna, caderas y piernas, que se arquean. También el peso disminuye a partir de los 50 años y en un 20% el de tejido graso.
- Piel, uñas y cabello: La piel se hace más delgada, por la disminución del tejido graso, más seca, más transparente y se vuelve menos elástica “arrugada” y toma un tinte amarillento; presenta depresiones irregulares, pierde su color normal y existe tendencia a los cambios premalignos. Se produce la pérdida de cabello y la aparición de canas. Las uñas reducen su velocidad de

crecimiento, aumentan su grosor y se vuelven opacas y más duras. La piel, por su extensión, es el órgano más susceptible de recibir daño ambiental a través de los años, en especial por la acción de la luz solar.

- Sistema muscular y el esqueleto óseo: Entre los 30 y los 80 años se pierde un 30 a 40% de la masa muscular. Dicha pérdida se acelera con la edad. Asimismo, disminuye la fuerza muscular y las capacidades de movimiento y respuesta rápida, y las de reparación o cicatrización de músculos, tendones y ligamentos. La capacidad para formar tejido óseo disminuye, reduciéndose por el contrario el grosor y la masa de los huesos, pues se produce la pérdida de calcio en los de la cadera (osteoporosis), del muslo y en las vértebras. Estos cambios afectan a hombres y mujeres, pero afectan con mayor incidencia a las mujeres durante la menopausia, por la disminución del estrógeno.
- Sistema nervioso: El sistema nervioso se afecta de manera importante con el paso del tiempo. El peso cerebral disminuye con la edad y el flujo cerebral se reduce en un 20%, produciéndose alteraciones y disminución de la síntesis de neuro-transmisores. Estos deterioros, sin embargo, no se traducen necesariamente en cambios intelectuales ni conductuales. Tanto la acumulación de cambios como la actitud con que el sujeto los asume, sí le predisponen a sufrirlos. Los principales son: los reflejos disminuyen en intensidad de respuesta y estructura; y el ciclo del sueño se altera.

- Oído y audición: En el oído externo se produce acumulación de cerumen, que dificulta la audición. Hay adelgazamiento del tímpano y pérdida de su elasticidad, así como disminución de la eficiencia en la conducción de los sonidos. Estos cambios provocan pérdida de audición, principalmente de las tonalidades bajas.
- Ojo y visión: Los cambios de los párpados pueden provocar su caída o suspensión. La córnea pierde transparencia y por depósito de lípidos se produce el “arco senil”. La pupila reduce su tamaño y el iris disminuye su capacidad de acomodación. El cristalino aumenta su tamaño y se vuelve más rígido. Frecuentemente aparecen cataratas. A nivel de la retina se reduce la acumulación de pigmentos, produciéndose pérdida de la agudeza visual con los años.
- Sistema hormonal: Con respecto a la glucosa (azúcar) e insulina se observa una mayor resistencia de los tejidos periféricos a la acción de la insulina, lo que puede condicionar niveles altos de glucosa en la sangre y, por tanto, diabetes. También disminuyen la secreción de glucocorticoides, lo que provoca la pérdida de la capacidad para tolerar el estrés.
- Sistema inmunológico: Las defensas inmunológicas presentan cambios por la reducción de las células encargadas de la defensa y la reducción de la respuesta

mediante anticuerpos, con una mayor susceptibilidad a infecciones, enfermedades autoinmunes y neoplásicas.

- Sistema cardiovascular: En este sistema es sumamente difícil diferenciar entre los cambios propios de la edad y las alteraciones derivadas de diversas enfermedades que se manifiestan a través de los años. El corazón aumenta su tamaño y peso. El músculo cardíaco se llena de grasa, se incrementa el colágeno, que provoca su endurecimiento (fibrosis) y, por ende, rigidez de las cavidades del corazón, alterando el ritmo cardíaco y disminuyendo su fuerza. El interior del corazón se adelgaza, las válvulas se calcifican y el tejido conductor presenta la pérdida progresiva de su actividad. El corazón de la persona adulta mayor generalmente es capaz de mantener adecuadamente un flujo cardíaco suficiente para suplir sus necesidades, pero su adaptación al estrés se reduce paulatinamente con el paso de los años.
- Sistema respiratorio: La concentración de oxígeno en la sangre disminuye, debido a que se reduce la capacidad de la caja torácica para expandirse. Aumenta la secreción mucosa de la pared bronquial, por la disminución de la capacidad respiratoria hasta un 30% a los 80 años. Asimismo, disminuye la elasticidad del árbol bronquial y la fuerza muscular en los músculos respiratorios.
- Área cognitiva: Entre los cambios cognitivos se pueden considerar la existencia de problemas en la inteligencia fluida o rápida, y no en la inteligencia centrada en la

experiencia, que se desarrolla a lo largo de toda la vida. El coeficiente intelectual no parece descender con la edad. Algunos pueden presentar disminución de las respuestas intelectuales, como en la capacidad mental y capacidad de razonamiento abstracto. Puede observarse disminución de la percepción de análisis e integración de la información sensorial, disminución de la memoria reciente o de corto plazo y alguna pérdida de la habilidad de adquirir nuevas habilidades. Estos cambios, que son relativamente normales, no se encuentran en todos los adultos mayores.

Existe un grupo numeroso que conservan sus funciones intelectuales y cognitivas intactas y, por tanto, el interés en el mundo. En la personalidad del adulto mayor se pueden observar nuevos signos de maduración, estabilidad emocional. Visión más ponderada de las cosas y hegemonía de valores relacionados con el mundo interior. Sin embargo, puede perder la capacidad de adaptación a nuevas situaciones.

- Sistema gastrointestinal: Existe disminución del tono del esfínter y musculatura del esófago, por ello existe disminución de la deglución, inadecuada relajación del esófago y la digestión se hace lenta, con menor absorción de sustancias y tendencia al estreñimiento. También se presentan por atrofia intestinal de las glándulas intestinales y disminución del peristaltismo, la flatulencia y el dolor abdominal. Se reduce la secreción de ácido clorhídrico y de enzimas. Se altera la absorción de

hierro, de calcio, de grasa, de proteínas, de vitamina B12 y de ácido fólico. Disminuye el metabolismo de los fármacos.

- Sistema genitourinario: Disminución de la velocidad de filtración, por lo que se presenta aumento de úrea y creatinina en sangre. Se reduce la excreción de fármacos. Por esclerosis de vasos renales, se es más susceptible al deterioro de la función renal. Existe también un debilitamiento de la musculatura renal y reducción de la fuerza de chorro, por lo que ocurre incontinencia urinaria. También presentan retención urinaria, con aumento de la susceptibilidad a infecciones. En la mujer, existe atrofia genital con estenosis de la vagina, menos elasticidad y lubricación, produciendo dolor en las relaciones sexuales. También disminuye la acidez de las secreciones vaginales, que propicia las infecciones, y se debilita la musculatura pélvica, produciendo prolapso uterino con incontinencia urinaria. Se atrofia el tejido mamario. En el varón existe atrofia testicular con esperma menos viable y en menor volumen, demora la erección y la eyaculación, y hay menos sensibilidad peneana.

a.2. Cambios psicosociales asociados al envejecimiento

El campo psicosocial es de una gran amplitud, por lo que sintetizaremos la descripción aludiendo solamente a los principales cambios.

- La ideología del “viejismo”: Nuestra sociedad tiene prejuicios sobre el “viejo”; identificando esta etapa de la vida con el retiro forzado del trabajo. Considera los cambios biológicos como el inicio de la decadencia física y mental, que hacen del adulto mayor un incapaz, un dependiente y un inútil social. El entorno social es rígido y no está dispuesto a aceptar al “viejo”, esto hace percibirse al adulto mayor como un inadaptado, considerando su deterioro algo malo y fatal. Esta concepción, interiorizada por los adultos mayores, les hace asumir una actitud de resignación y apatía, restringiéndose cualquier iniciativa de superación, debido al gran temor a ser rechazados.
- La vida laboral: El llegar a ser adulto mayor implica para muchos el cese laboral, con pensiones de jubilación bajas, pérdida de competitividad en el mercado laboral. Su trabajo es menos remunerado y cada vez les es más difícil conseguir empleo. Disponen de mayor tiempo libre y se sienten inútiles. Estos cambios producen un gran impacto psicológico, llevando muchas veces a graves y progresivos problemas de depresión, por pérdida de su identificación dentro de la sociedad. Siente que “no son nadie” y pierde su sociabilidad. Por otro lado, la Teoría de la Continuidad refiere que el empleo del tiempo libre evita que se produzca esa crisis de ruptura e identidad social.
- Cambio del rol desempeñado: Las etapas de niñez, adolescencia y adultez tienen perfectamente establecidos sus roles, pero para los adultos mayores no existe una definición sociocultural del conjunto de actividades que les

serían específicas cuyo desempeño los haría sentirse útiles, y con reconocimiento social, elevando su autoestima.

Muchos adultos mayores deben enfrentar los desajustes emocionales de la viudez, unidos en la mayoría de los casos con la independencia de los hijos. Las mujeres viudas tienen mayores probabilidades de vivir solas que los hombres viudos, debido a su longevidad (viven más tiempo) y a motivos culturales (se casan con hombres mayores que ellas). Por esta razón, también, tienen menos probabilidades de contraer nuevo matrimonio después del fallecimiento del cónyuge. La carga de atender a los adultos mayores recae con un peso mayor en las mujeres, pues son ellas quienes atienden a los miembros mayores de la familia, además, de ocuparse de sus esposos e hijos.

Las personas adultos mayores deben buscar qué hacer, ocuparse en tareas más o menos valiosas para ellos, aun sin el estímulo de la garantía de que serán reconocidas socialmente. Esto hace que apenas unos pocos logren encontrar su quehacer y que muchos otros deban resignarse al estrecho mundo de las cuatro paredes de su hogar, donde viven como desocupados un transcurrir sin anhelos, sin entusiasmo, y sin horizontes. Sin embargo, muchos se sienten realizados en el matrimonio a medida que se va dejando de mantener la familia y de criar a los hijos. Escogen amigos, como lo hicieron en su juventud, y suelen disfrutar de ellos. Los nietos son importantes para

la mayoría de los ancianos y, ellos mismos son para éstos, en crisis o no, una fuente de sabiduría, compañeros de juego, enlace con el pasado y símbolo de la continuidad de la vida familiar.

La familia debe recibir el conocimiento necesario para responsabilizarse plenamente del compromiso que supone comprender sus nuevos roles, acoger y compartir su vida con una persona adulta mayor. Valorar cuanto puede brindar esa persona al grupo familiar de positivo y creativo, sobre todo teniendo en cuenta que se trata de un ser humano querido, lleno de experiencia y vivencias que, de ser escuchadas por los más jóvenes, contribuirán a mejorar la vida de todos los miembros de la familia. Aceptando también todas sus limitaciones, problemas y necesidades.

- Autoestima: Muchas veces la autoestima disminuida está asociada a los cambios físicos, psicológicos, ambientales, actitud social, enfermedades y a los estereotipos negativos. Si el adulto mayor se percibe a sí mismo en esos términos, toma una actitud fatalista, de resignación y apatía, inhibiendo así cualquier iniciativa de superación.
- La depresión: La pérdida del entusiasmo de vivir es el trastorno mental más habitual, asociado a todos los cambios y pérdidas y poco puede hacer el adulto mayor para evitar su aparición pero mucho para superarla. Los síntomas somáticos y fisiológicos son más frecuentes e importantes que los emocionales y psicológicos, porque

se mezclan con los cambios normales que se producen en la vejez. Puede configurarse esas sensaciones de soledad y aislamiento por el déficit sensorial, disminución del poder adquisitivo, cambios de vivienda, poca cantidad y calidad de los contactos y por la pérdida de sus seres queridos y amigos.

- Afrontar la muerte: Algunos ven el cese de la vida como alternativa, de pasar a “mejor vida” y no como pérdida, pero entre quienes culturalmente lo experimentan como tal, puede significar la eterna pérdida del alma, o de la esencia de su ser único, de su unidad biopsicosocial y espiritual. El adulto mayor tiene menor temor a la muerte que a morir solo, desamparado y con dolor intenso. Las creencias filosóficas y religiosas, sus valores y experiencias son recursos que le ayudan a disminuir sus temores acerca de la muerte. Se considera que adaptarse satisfactoriamente a la idea de la muerte (el “bien morir” de los antiguos filósofos estoicos - prueba de haber llevado una vida sana) puede ser el logro más importante de los últimos años.

En resumen, todas las pérdidas biopsicosociales dificultan la satisfacción de las necesidades a las personas que envejecen y restringen las oportunidades de desarrollar sus potencialidades, coactándoles la iniciativa y la posibilidad de controlar su vida y ejercerla plenamente. Por lo que los adultos mayores deben adaptarse adecuadamente a esta crisis de desarrollo con la finalidad

de alcanzar un envejecimiento satisfactorio y saludable hasta donde humanamente sea posible. (20)

2.3. Riesgos del adulto mayor

El envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, sino que significa disminución de la capacidad de adaptación del organismo ante situaciones de estrés, determinando así una mayor susceptibilidad. Esta pérdida de función conlleva una respuesta diferente ante la enfermedad. Es posible observar en los adultos mayores:

- Mayor vulnerabilidad a la presencia de enfermedad y muerte.
- Mayor incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas (enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, artrosis entre otras)
- Manifestaciones clínicas diferentes frente a las enfermedades (menor sensibilidad al dolor agudo, confusión, ausencia de fiebre frente a las infecciones)
- Mayor tiempo para la recuperación de la normalidad después de un proceso agudo.
- Cambios en la composición y la función corporal que afectan la cinética y la dinámica de los fármacos.

Es por estas razones que el adulto mayor puede presentar variados riesgos en esta etapa de su vida, tales como:

a. Visión: La visión es el proceso por el cual se descubre a partir de las imágenes lo que está presente en el mundo y su localización. Para la persona de edad avanzada, la pérdida o disminución de la visión puede ser una consecuencia crucial y dramática del envejecimiento. Los cambios visuales en la edad avanzada obedecen a la disminución de la reactividad pupilar, cambios en la circunferencia y rigidez del cristalino, así como la disminución en la talla de la mácula lútea. Estos y otros cambios conllevan a la aparición de varias enfermedades oculares que pueden deteriorar la calidad de vida del adulto mayor; como las cataratas (opacidad del cristalino), el glaucoma (aumento de la presión intraocular), la degeneración macular o lesiones oculares producto de la diabetes.

b. Audición: La pérdida de audición que acompaña al envejecimiento, es la alteración sensorial corregible que muchas veces pasa desapercibida ante el equipo de salud. El cambio más conocido de la audición que se relaciona con el envejecimiento, es la presbiacusia. El síndrome de la presbiacusia muestra componentes de los tipos de sordera de conducción y percepción neurosensitiva. La manifestación más característica consiste en el descenso de la percepción de los tonos de alta frecuencia. En la presbiacusia, se oye al mismo tipo una distorsión de múltiples sonidos sin que pueda distinguirse la voz o tono que se desea escuchar. La causa de la sordera por conducción puede deberse a problemas con el oído externo. El taponamiento de cerumen constituye la causa más frecuente de sordera por conducción.

Existe un vínculo entre el “el habla y la audición” que se establece en la infancia y puede manifestarse de nuevo en la tercera edad, ya que muchos adultos mayores con problemas de audición se van retrayendo progresivamente y dejan de comunicarse. La audición repercute también en la vida emocional e intelectual.

- c. Piel:** Uno de los cambios más reconocibles en la piel del adulto mayor es el adelgazamiento de la dermis y del tejido celular subcutáneo, lo cual compromete la capacidad de la piel como aislante y consecuentemente hace que el adulto mayor sea muy sensible al frío. Además la disminución del plexo vascular subcutáneo ocasiona una respuesta lenta a los cambios de temperatura corporal, en lo que a disipación de calor se refiere, provocando también riesgo de hipotermia.

Asociado al adelgazamiento se observa una disminución en la elasticidad, lo que produce disminución en las propiedades viscoelásticas de la piel, haciéndola más susceptible a rasgaduras y hemorragias por rupturas de vasos con traumatismos menores.

Las células de Langerhans de la epidermis disminuyen a la mitad en la piel senil. Estas células captan el antígeno y lo presentan al sistema inmune. Esta disminución de la respuesta inmune celular en el adulto mayor, aumenta el riesgo de infecciones cutáneas, neoplasias y alergias.

d. Nutrición: Para los adultos mayores, la nutrición se convierte en algo muy importante en la salud física y emocional. Las papilas gustativas desaparecen de una forma progresiva, sobre todo en la parte anterior de la lengua, por lo que disminuye la capacidad para diferenciar los sabores dulces y salados. La menor sensación de gusto y otros problemas asociados a la dentición provocan que se consuma menos alimento. La disminución de la actividad metabólica como consecuencia de la reducción de masa corporal magra y del menor ejercicio físico, puede estar relacionado con el descenso del apetito. Los cambios de la movilidad gastrointestinal y el aumento del tiempo del tiempo de tránsito intestinal, se acompaña también de una sensación precoz de saciedad y anorexia.

Otro aspecto esencial de la nutrición es el de la ingesta de líquidos. Son muchos los cambios que ocurren con el envejecimiento, que hacen que los adultos mayores muestren un mayor riesgo de deshidratación. Los factores fundamentales son un descenso del agua orgánica total, y la disminución de la capacidad de concentración en la orina.

Los ingresos económicos reducidos se asocian indudablemente a un mayor riesgo de malnutrición. El aislamiento social, las personas que viven solas, la depresión, las alteraciones cognitivas también se asocian a malnutrición. El declinar del estado funcional conduce a una pérdida de independencia y a un mayor aislamiento social. La pérdida de las actividades cotidianas, reducción de la

actividad física y de la movilidad, representan factores de riesgo importantes de malnutrición.

e. Tránsito intestinal: El estreñimiento es el estado en que el individuo experimenta un cambio en la función intestinal normal, caracterizado por una reducción de la frecuencia y/o por la eliminación de heces secas y duras. Si la masa fecal se endurece, el adulto mayor es incapaz de eliminarla, lo que le puede producir una impactación fecal. Así mismo debido a la prologada irritación de la mucosa, causada por una gran masa fecal inmóvil, es posible que se provoque una diarrea mucosa o la fuga de material fecal.

Algunos adultos mayores se medican innecesariamente. La evacuación de las heces depende de que exista un sistema nervioso central intacto y centros neurales intactos en la pared del tramo intestinal inferior. La urgencia de defecar está provocada por los estímulos de la masa fecal sobre estos nervios.

f. Medicamentos: Es frecuente que los adultos mayores tengan afecciones crónicas, generalmente más de una, y que toman varios fármacos a la vez. Cualquier fármaco puede tener efectos colaterales y, si se ingieren varios, pueden interferir unos con otros, exagerando o limitando sus efectos. Por otra parte, si no se lleva un buen registro de los medicamentos que se toman, es posible cometer errores e ingerir sobredosis de alguno de ellos.

También debe considerarse que en el adulto mayor el hígado, el riñón o el aparato digestivo no funcionan igual que en un adulto joven y por lo tanto, la absorción, el metabolismo o la eliminación de un fármaco son diferentes. Por esto, una dosis corriente puede resultar excesiva.

g. Reposo y sueño: Al envejecer, las fases de sueño profundo son menores y el adulto mayor despierta con mayor frecuencia. No obstante, el tiempo total de sueño se reduce sólo ligeramente con respecto al de las personas más jóvenes. La privación de sueños puede provocar varios síntomas, incluyendo pérdida de la memoria de corto plazo, reducción de la capacidad de atención, disminución de la coordinación motora, disminución de la capacidad para adaptarse, irritabilidad y síntomas neurológicos. Cualquier enfermedad que cause problemas relacionados con la oxigenación puede provocar trastornos del sueño.

Entre los trastornos de sueño más comunes en los adultos mayores, se encuentra el insomnio sostenido, apnea del sueño y mioclono nocturno.

h. Inmovilidad: puede definir como la reducción de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria, por deterioro de funciones relacionadas con el sistema neuromúsculo-esquelético. Es uno de los grandes síndromes geriátricos y se debe considerar como un problema médico independiente, que requiere una valoración y un manejo específico.

Algunas causas del deterioro de la movilidad son las reacciones a los fármacos, el dolor, la nutrición deficiente, la depresión, la falta de motivación, el deterioro sensorial y el temor a las caídas después de un reposo prolongado en cama sin actividad física, fracturas, enfermedades pulmonares y vasculares, osteoporosis, artritis, Parkinson, entre otras.

- i. **Accidentes:** Los accidentes entre los mayores de 60 años ocurren con mayor frecuencia en el domicilio que en el exterior, posiblemente debido a la ausencia de actividad laboral y al mayor tiempo de permanencia en el hogar. Así, las actividades más involucradas en los accidentes de estas personas son las domésticas y las derivadas de dar respuesta a las necesidades básicas de la vida diaria, como el aseo o los desplazamientos dentro del hogar. Entre las otras condiciones asociadas a la edad que influyen en la causa y el tipo de accidente, están la menor capacidad funcional y las enfermedades concomitantes que aumentan el riesgo de accidentes, por la enfermedad en sí misma o por la medicación que requiere. Un importante tipo de accidente son las quemaduras que pueden ser por incendio y llama, por contacto, por ingestión de agentes corrosivos (productos de limpieza) y por electricidad. La mayoría de los casos por incendio suceden en las viviendas y el hábito de fumar está involucrado en el origen. El atoramiento es otro tipo frecuente de accidente en los mayores. Está relacionado con la dificultad para la deglución asociada a diversas enfermedades, al mal estado de las piezas dentarias y a la ingestión de alimentos inadecuados en estas situaciones. En

general, las intoxicaciones, otro tipo de accidentalidad en los adultos mayores, se producen por ingestión de alimentos en mal estado y, en un gran porcentaje, por medicamentos, ya sea por “polifarmacia”, reacciones adversas, reacciones cruzadas, sobredosificación o, muchas veces, fármacos caducados.(21)

j. Caídas

La Organización Mundial de la Salud define la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo, contra su voluntad.

Las caídas son un problema de salud serio en los adultos mayores, no sólo por sus consecuencias personales, sino también por los elevados costos que representan. (22)

Las cifras de caídas tienden a minusvalorarse. A menudo existe cierta pasividad ante el anciano que cae repetidamente, tanto en el entorno familiar como en ámbitos profesionales. Así se reportan, fundamentalmente, aquellas que han provocado lesiones físicas, quedando sin referenciar las que no han requerido atención sanitaria urgente.

Los datos de prevalencia de caídas varían en función de la edad del paciente, su fragilidad, y su ubicación (entorno familiar o no). Se considera que una tercera parte de los mayores que viven en la comunidad han caído, al menos, una vez al año (10). Más de la mitad de las caídas

llevan a algún tipo de lesión y uno de cada tres adultos mayores que caen sufre serios daños como fracturas de cadera y traumatismos encéfalo craneanos.

El principal problema es que aunque la mayoría de las fracturas no son graves y el paciente se recupera, estas personas que ya han soportado una caída se convierten en ancianos frágiles con riesgo de caerse en más ocasiones: si sufren más de tres caídas al año, su pronóstico empeora y los datos indican que la tercera parte precisa hospitalización, ingresa en una residencia o fallece en el año siguiente. (23)

j.1. Factores de riesgo de caída

Con frecuencia, la causa de la caída es multifactorial. Esto incluye tanto condiciones propias del individuo (intrínsecas) como ambientales (extrínsecas), que sitúan al adulto mayor en riesgo de sufrir caídas. El riesgo de caídas aumenta con la cantidad de factores de riesgos.

Factores Intrínsecos: Se considera los cambios propios del envejecimiento, las enfermedades y los medicamentos.

- *Cambios producidos por el envejecimiento:* El envejecimiento condiciona una serie de modificaciones en el organismo que suponen un sustrato abonado para la aparición de caídas, cuando se suman otros factores. Entre las modificaciones por el paso del tiempo, tienen especial relevancia aquellas que afectan a los

mecanismos de control del equilibrio en estática y marcha, y a la capacidad de respuesta rápida ante el desequilibrio:

- Cambios en la marcha, los cuales conducen a los mayores a arrastrar los pies cuando caminan, y a no levantar lo bastante los pies del piso; entonces, las posibilidades de tropezar son mayores.
- Disminución de la propiocepción, contribuye a una alteración del equilibrio, sobre todo durante los cambios de posición y al caminar por superficies irregulares.
- Cambios en el control postural: la estabilidad y el equilibrio se ven afectados por reflejos lentos, cambios sensoriales, menor fuerza muscular y menor coordinación y alteraciones articulares.
- Deterioro mental.
- Disminución de la agudeza visual y menor velocidad de adaptación visual a los cambios claridad-oscuridad y visión periférica.
- Disminución de la agudeza auditiva.
- Vivir solo aumenta el riesgo de caídas.

Ante estos cambios es recomendable que el adulto mayor realice las siguientes medidas de autocuidado:

- Evitar el cambio repentino de la oscuridad a la iluminación intensa.
- No introducir a los ojos objetos, ni medicinas que no hayan sido prescritas por el médico.
- Usar anteojos en sus actividades diarias, según prescripción.

- Acudir anualmente a una revisión con el oftalmólogo.
 - No introducir objetos extraños en los oídos.
 - Evitar la exposición a los ruidos.
 - Acudir al control anualmente con el especialista.
 - Participar en un programa de ejercicios para reforzar y mantener la fuerza, flexión, resistencia, agilidad, tiempo de respuesta, equilibrio y la confianza. Con esto se mantiene la postura, movilidad de las articulaciones y reflejos posturales, estimulación cardiorrespiratoria y mejora del estado de alerta. Las actividades físicas que más se recomiendan a las personas adultas mayores son: caminar (mejora el equilibrio y la marcha), correr, trotar, andar en bicicleta en lugares seguros, o bicicleta fija; ejercicios aeróbicos de bajo impacto: cualquier tipo de baile, gimnasia, Yoga, Tai-chi, cachibol, entre otros.
 - Hacer un calentamiento previo a la actividad física.
 - Hacer actividad física frecuentemente, de ser posible diario, o mínimo 4 días a la semana, con una duración de 20 a 30 minutos.
 - Realizar, siempre que sea posible, las actividades de la vida diaria.
- *Enfermedades:* Son infinidad los procesos patológicos que, incidiendo sobre organismos envejecidos, pueden contribuir a causar caídas. Se considera que el 25% de las caídas tienen relación con ciertas enfermedades especialmente del SNC, corazón y sistema endocrino. Entre estas tenemos:

- Enfermedades neurológicas: como la epilepsia y enfermedades cerebrovasculares que afectan el estado de conciencia y la enfermedad de Parkinson, cerebrovascular, neuropatía, demencias, etc. que afectan el equilibrio y la marcha.
- Enfermedades reumatológicas: como la artrosis y la artritis reumatoide producen trastorno de la marcha, inestabilidad articular, dolor y rigidez.
- Enfermedades cardiovasculares: las arritmias, síncope, vértigo, la insuficiencia cardíaca congestiva y la hipertensión ortostática pueden producir caídas por la pérdida de conciencia y debilidad. La hipotensión ortostática y la postprandial lo sufren entre el 10% al 20% de las personas mayores.
- Enfermedades de los sentidos: los trastornos de la audición, y sobre todo, de la vista especialmente, los problemas de refracción, catarata, degeneración papilar y glaucoma, predisponen a menudo a las caídas.
- Problemas de los pies: uñas largas, callosidades, juanetes, deformaciones articulares que producen dolor, deformación y alteración de la marcha.
- Otras enfermedades como diabetes mal controlada, desequilibrio hidroelectrolítico y hemorragia digestiva predisponen a las caídas; además, el alcoholismo, el cual produce inestabilidad, y la nicturia que causa apuro para ir al baño.

Para controlar o prevenir estas enfermedades, el adulto mayor debería:

- Tener una alimentación adecuada con un complemento nutricional de calcio (leche, queso, clara de huevo, yogurt, vitamina D, etc.); relacionado con la calcificación de los huesos. Los baños de sol también estimulan la producción de vitamina D, la cual a su vez estimula la absorción intestinal de calcio y su movilización a nivel óseo.
- Mantener su peso ideal o el recomendado.
- Usar vestidos cómodos y calzado o zapatilla adecuados, con suelas de goma antideslizable que le proporcionarán estabilidad.
- Observar los pies, vigilando la aparición de ampollas, callos, heridas, grietas y resequedades. Evite caminar descalzo.
- Cortar sus uñas de una manera adecuada y periódicamente.
- Evitar tacones altos, máximo de 3 cm, en el caso de las mujeres.
- Asistir a un control médico anual o cuando sea necesario para evaluar el área sensorial, cognitiva, neuromuscular, marcha y equilibrio. Así mismo, llevar un adecuado tratamiento de las enfermedades que conducen a las caídas como las de Parkinson, enfermedad vascular cerebral, artritis, neuropatías, enfermedades músculo-esqueléticas, cardiovasculares, vestibulares, sensoriales, problemas de los pies y demencias, entre otras.
- Evitar cambios bruscos de posición de una postura sentada o acostada (al levantarse de la silla, de la cama). Tomar el tiempo necesario para recuperar el

equilibrio después de levantarse de una silla o una cama, aprender a agacharse y a enderezarse lentamente.

- Evitar mover la cabeza a los lados o hacia atrás bruscamente. Esto puede producir hipotensión y pérdida del equilibrio.
- No usar camisones ni batas largas porque se puede tropezar.
- Evitar el consumo de alcohol excesivo porque altera la percepción espacial y pérdida de reflejos contribuyendo a que se produzcan las caídas.

- *Medicamentos:* Se considera que las personas mayores son susceptibles a los efectos secundarios de los medicamentos y a la interacción entre estos que pueden condicionar las caídas. (20)

El consumo de fármacos suele ser muy frecuente en esta población, aproximadamente el 80% de los adultos mayores recibe algún fármaco y el 60% recibe dos o más fármacos. Existe además la tendencia a la automedicación y al incumplimiento terapéutico.

Los fármacos pueden provocar caídas por alteración de la conciencia (somnolencia, confusión), del equilibrio y de la atención, así como, por rigidez muscular o hipotensión postural.

Entre los medicamentos que a menudo se asocian como causantes de caídas se encuentran los antihipertensivos, sedantes en general, los diuréticos y los antidiabéticos.

Dos grandes grupos farmacológicos (psicofármacos y antihipertensivos) intervienen en la etiología de muchas caídas. Sus mecanismos de acción son múltiples: depleción de volumen, alteraciones electrolíticas, deterioro del estado de alerta, hipotensión postural y ortostática, disfunción vestibular, etc.

Otro grupo de fármacos son los antihistamínicos cuyo efecto adverso más común es la sedación; este efecto secundario se utiliza en muchos preparados contra el insomnio. Otros efectos no deseables incluyen: mareo, ruidos en el oído (tinnitus), visión borrosa, euforia, descoordinación, ansiedad, insomnio, temblores, náuseas y vómitos, estreñimiento, diarrea, sequedad de boca y tos seca. Más infrecuentes son los siguientes efectos secundarios: retención urinaria, palpitaciones, hipotensión, dolor de cabeza, alucinaciones y psicosis.

Existe una relación directa entre el número de medicamentos que recibe un paciente y el riesgo aumentado de presentar una caída, considerándose la polifarmacia (ingesta de 4 o más fármacos) un factor de riesgo claramente relacionada con caídas. (24)

Entre los cuidados que debe tener el adulto mayor respecto a la medicación tenemos:

- Conocer la acción y los efectos adversos de diversos medicamentos potencialmente causantes de hipotensión y por ende predisponentes para las caídas, como los antihipertensivos, diuréticos, antidepresivos, etc. Será necesario limitar su uso en lo posible y comentarlo con el médico.
- No tomar medicamentos que no le ha recetado el médico, es decir no automedicarse, y en caso de consumir otras sustancias informar al médico (hierbas, vitaminas).
- Etiquetar los medicamentos con letra grande y fácil de reconocer. Escribir en la caja dosis indicada y horario.
- Revisar periódicamente la fecha de caducidad de los medicamentos.
- No cambiar la dosis indicada para un medicamento.
- No ingerir todo los medicamentos indicados en un mismo horario.

Factores Extrínsecos: Hacen referencia a la actividad que desarrollaba el adulto mayor en el momento de la caída, y el entorno en el que se desarrollaba la misma. Constituyen la primera causa de caídas en los adultos mayores. Se considera la ocurrencia en el domicilio y/o el exterior.

- *En el domicilio:* A menudo los hogares de las personas mayores están llenos de riesgos ambientales como:

- Mala iluminación de los ambientes: pobre o excesiva.

- Escaleras inseguras, sin pasamanos, mal iluminadas y gradas muy altas.
- Alfombras sueltas y arrugadas.
- Mobiliario en mal estado y excesivo.
- Cambios en la distribución de los muebles.
- Taza de baño muy baja, o sin barras de apoyo.
- Pisos y tinas de baño resbalosos, con mucha cera o mojados.
- Pisos desnivelados. Mesa y camas bajas.
- Cables, cordones, juguetes tirados en el piso.

En este sentido, el adulto mayor deberá considerar:

- El uso y colocación de barandas y manijas en pasadizos, escaleras, tinas de baño, inodoro y el baño en general.
- No levantar cosas pesadas.
- No deambular por el domicilio cuando el suelo esté mojado.
- Plantear el uso bastón o un andador en caso de presentar problemas de equilibrio.
- Mantener una buena iluminación en las estancias del domicilio para evitar tropiezos en la oscuridad. Aumentar la iluminación en áreas de riesgos, como escaleras, baños, dormitorios.
- Mantener los lugares de paso libres de obstáculos como muebles y mesitas, cordones de luz o de teléfono. Las extensiones eléctricas y de teléfono deben estar recogidas para evitar tropezones.
- No dejar objetos en las escaleras.

- Tener en el piso del baño una alfombra o petate bien fijado en sus orillas y acondicionar la tina o regadera con tapetes de hule con ventosas antiderrapantes. Puede ser útil colocar una silla o un banco para bañarse sentado y evitar resbalones.
 - Evitar subir a bancos o sillas para alcanzar cosas que están en lugares altos, al inclinar la cabeza hacia atrás puede provocar un desequilibrio postural, pudiendo causar también vértigo o mareo debido a reducción del flujo sanguíneo cerebral. Mejor guarde las cosas en lugares más accesibles.
 - Tener cuidado con los movimientos rápidos de los niños pequeños y las mascotas, porque lo pueden empujar.
 - Evitar suelos muy lustrosos, irregulares o mojados. Emplear superficies antideslizantes en el suelo, retirar los niveles altos, mantener las alfombras bien sujetas, evitar las alfombrillas sueltas que se deslicen, usar sillas con apoyabrazos.
- *En el exterior:* el adulto mayor puede enfrentarse a los siguientes riesgos ambientales:
- Aceras en mal estado.
 - Tráfico excesivo, mala señalización y falta de adaptación de los medios de transportes y de acceso a edificios para las personas discapacitadas.
 - El primer escalón de los transportes públicos es muy alto (más de 50 cm del suelo).

Por tal motivo el adulto mayor deberá tener en cuenta:

- Atravesar la calle por el paso peatonal de las esquinas, cuando el semáforo este en luz verde. No correr para llegar al otro lado. De preferencia utilizar los puentes peatonales, a pesar de que es más cansado, es más seguro.
- Evitar mirar directamente a las luces, como por ejemplo, las de los autos, al atravesar la calzada.
- Llevar las manos libres de objetos para poder apoyarse en caso necesario, si lleva una bolsa que sea de las que se pueden cruzar del cuello por el hombro.
- Agarrar fuertemente los pasamanos en el transporte público. Subir con tranquilidad.
- Avisar al chofer y bajar con el pie de apoyo natural o con el que se sienta más seguro (el izquierdo o el derecho) cuando descienda del transporte público.
- Evitar salir cuando llueva, o pasar por lugares con agua o montículos en el suelo.
- Evitar frecuentar lugares muy congestionados. De preferencia salir acompañado. (20)

j.2. Repercusiones y consecuencias de las caídas en el adulto mayor

Las consecuencias de las caídas en el mayor pueden ser físicas, psicológicas, sociofamiliares, económicas, etc. y en mayor o menor medida, aparecen todas imbricadas. Junto a la mortalidad directa inducida por ellas quizás el aspecto más relevante sea el de la puesta en marcha de una cascada de complicaciones que

determinarán la incapacidad funcional del mayor en muchas ocasiones.

Consecuencias físicas:

- *Fracturas:* Entre un 5-8 % de las personas mayores residentes en la comunidad que caen van a sufrir una fractura. Las cifras son superiores en el medio residencial. Por otro lado, en el 90% de las fracturas de cadera, antebrazo, húmero, y pelvis del mayor es posible encontrar el antecedente de caída, generalmente de bajo impacto traumático.

El índice de fracturabilidad aumenta exponencialmente con la edad y el sexo femenino. La fractura de cadera es de las más frecuentes, y la que acarrea una mayor morbilidad y mortalidad. La incidencia de la misma en nuestro país es de 130 - 200 casos/100000 habitantes/año. Ocasionan mortalidad directa en el 15-20% de los casos, y una elevada morbilidad. Se estima que en el 30 -45 % de los casos de mayores ingresados en el hospital por fractura de cadera quedarán con una dependencia funcional importante para su desenvolvimiento cotidiano.

Entre sus factores de riesgo aparecen claramente definidos la disminución de la masa ósea asociada a la osteoporosis y las caídas de repetición. El ejercicio físico ha demostrado ser un factor protector.

- *Traumatismos craneoencefálicos:* Son frecuentes en las caídas de los ancianos, por ineficacia de algunos de los mecanismos defensivos frente a las caídas (extensión de los brazos, por ejemplo). Por otro lado, la posibilidad de que ocasionen lesiones graves es mucho mayor que en jóvenes. Pueden ocasionar desde conmociones cerebrales a lesiones ocupantes de espacio que requieren intervención quirúrgica (hematoma epidural, subdural agudo o crónico).
- *Lesiones de partes blandas:* Las lesiones de partes blandas (contusiones, heridas, desgarros musculares, etc.) aparecen aproximadamente en la mitad de las caídas. Al no requerir, generalmente, atención sanitaria urgente suelen pasar desapercibidas, minimizándose el impacto funcional que pueden tener al restringir la movilidad del mayor. Las contusiones costales, aún sin fractura, son muy dolorosas, modifican la mecánica ventilatoria y pueden condicionar complicaciones infecciosas respiratorias graves.
- *Permanencia prolongada en el suelo:* Aproximadamente el 50% de los mayores que se caen necesitan ayuda para levantarse, y un 10% permanecen en el suelo durante largo tiempo. Lógicamente incidirán en mayores que viven solos, o con un nivel de supervisión y cuidados sociofamiliares escasos. La permanencia en el suelo durante largo tiempo puede provocar deshidratación (ayuno, vómitos, diarreas, taquipnea, etc), rabdomiolisis (necrosis muscular, liberación de mioglobina, riesgo de

insuficiencia renal aguda), infecciones (neumonía, ITU). Un comentario específico merece la posible aparición de hipotermia, ya que es un cuadro de frecuencia superior a lo que pensamos, y graves complicaciones. La clínica cursa con frialdad, disminución de fuerza muscular, somnolencia, etc. Son frecuentes las complicaciones cardiovasculares (arritmias, fundamentalmente) e infecciosas (neumonías).

- *Síndrome de Inmovilidad*: El inmovilismo es, a menudo, consecuencia directa de la caída y sus consecuencias físicas. En otras ocasiones, como veremos, es provocado por las complicaciones psicológicas, o sociofamiliares de las caídas. Solo citaremos, a modo de recordatorio, las más frecuentes: pérdida de fuerza y masa muscular, contracturas articulares, riesgo de úlceras por presión, trombosis venosa profunda, alteraciones respiratorias, digestivas, etc.

Consecuencias psicológicas.

- *Síndrome postcaída (Sdme de Kennedy)*: Entre sus características destacan la restricción de la movilidad (alentada, en muchas ocasiones, por la familia y profesionales sanitarios) y el miedo a volver a caer.

El miedo a caer provoca introversión, pérdida de relaciones, cuadros depresivos y, en resumen, declive acelerado del mayor. Son factores de riesgo para desarrollar un síndrome post-caída la edad avanzada, el

sexo femenino, las alteraciones de movilidad y equilibrio, y el antecedente de caídas con permanencia prolongada en el suelo. La confianza en las propias posibilidades es un factor fundamental a recuperar en la rehabilitación del mayor que ha caído.

Consecuencias socioeconómicas

La pérdida de capacidad funcional del mayor ha de ser suplida por los cuidadores familiares, que deben adoptar un papel para el que, a menudo, no están capacitados, sensibilizados o dispuestos. La escasez de recursos sociosanitarios específicos para atender adecuadamente a estos pacientes, y apoyar a sus cuidadores, no ayuda en la solución del problema. La familia suele reaccionar ante las caídas de sus mayores con ansiedad y desarrollando una actitud sobreprotectora.

Desde el punto de vista económico las repercusiones son muy importantes. Los costos de atención hospitalaria son muy elevados y difícilmente cuantificable sería el costo de la dependencia funcional inducida (rehabilitación, cuidadores, residencias, etc.). (10)

2.4. Normativa sobre el adulto mayor

La visión tradicional del envejecimiento conceptualizado como un proceso degenerativo de las capacidades físicas y mentales del ser humano, es inexacta e incompleta, en tanto se centra en la disminución natural de las capacidades del ser

humano. La visión actual se orienta hacia un enfoque integral del envejecimiento como un proceso saludable, con actitud positiva y que permite a la persona mantenerse en actividad y con la capacidad de seguir desempeñando sus actividades cotidianas de manera independiente.

Dentro de la nueva visión positiva del envejecimiento, resulta importante establecer estrategias adecuadas que promuevan el autocuidado de la persona adulta mayor. (25)

En el Perú, el Ministerio de Salud ha elaborado una serie de documentos con la finalidad de mejorar la atención integral de salud que se brinda a las personas adultas mayores – PAMs en los establecimientos de salud públicos y privados, en un marco de respeto a los derechos, equidad de género, interculturalidad y calidad, contribuyendo a un envejecimiento activo y saludable. Entre ellos tenemos:

- *Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores*, cuyo objetivo es fortalecer las acciones destinadas a la atención integral de las personas adultas mayores, respecto a la promoción, prevención de riesgos, recuperación y rehabilitación del daño, en los establecimientos de salud; mediante un conjunto de estrategias, intervenciones y actividades.
- *Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores*, que propone alcanzar los siguientes objetivos: mejorar el bienestar físico, psíquico y social de las PAMs, promover oportunidades para las PAMs a través de mecanismos que permitan mejorar su calificación e inserción en el mercado

laboral, incrementar los niveles de participación social y política de las PAMs, elevar el nivel educativo y cultural de la población adulta mayor. Para lograr estos objetivos el Plan Nacional consta de 4 Políticas, 42 medidas y Estrategias.

- *Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores*; cuyo objetivo es mejorar y mantener las condiciones de salud de las personas adultas mayores, a través de la provisión de una atención integral de calidad, adecuada a sus necesidades de salud y expectativas de atención.

2.5.El autocuidado en el adulto mayor

Según Coppard, el autocuidado “son todas aquellas acciones y decisiones que toma un individuo para prevenir, diagnosticar y tratar su situación personal de enfermedad; todas las acciones individuales dirigidas a mantener y mejorar su salud; y las decisiones referidas a usar tanto los sistemas de apoyo informal, como los servicios médicos formales. (26)

Así mismo, el MINSA define el Autocuidado como la capacidad de las personas de asumir en forma voluntaria el cuidado de su salud para promover estilos de vida y entornos saludables. (27)

Entre las prácticas para el autocuidado se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales,

ejercicio y actividad física, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, etc. (28)

La incorporación del concepto de autocuidado enfatiza:

- Autocuidado que promueve la salud; esta categoría promueve prácticas que conllevan el bienestar físico, mental y espiritual. Ejm. realizar ejercicios.
- Autocuidado orientado a prevenir enfermedades y riesgos a la salud. Ejm. vacunación, seleccionar alimentos bajos en grasa para prevenir problemas cardiovasculares.
- Detección temprana de signos y síntomas de enfermedades. Ejm. Baja de peso involuntaria, autoexamen de mamas.
- Autocuidado en el manejo de enfermedades y cumplimiento del tratamiento, incluyendo el reconocimiento de los efectos farmacológicos indeseables. (29)

3. Autocuidado en el adulto mayor

3.1. Teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem

Orem define su teoría de déficit del autocuidado como una teoría general compuesta por tres subteorías relacionadas:

- a. Teoría del autocuidado:** el autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo, de forma deliberada, para sí mismo con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar. El

autocuidado es por tanto un sistema de acción. La elaboración de conceptos de autocuidado, necesidades de autocuidado y actividades de autocuidado conforman los fundamentos que permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse de la enfermería. Define además tres requisitos de autocuidado, expresados como los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado siendo estos los siguientes:

- ***Requisitos del autocuidado universales:*** los objetivos a escala universal que se deben satisfacer a través del autocuidado o del cuidado dependiente tiene su origen en lo que se conoce de forma contrastada o lo que está en vías de comprobación acerca de la estructura humana y la integralidad funcional en las diversas etapas del ciclo vital. Se proponen seis requisitos que comparten los hombres, las mujeres y los niños: mantenimiento de un consumo de aire, agua y alimento suficiente, eliminación, equilibrio entre actividad y reposo, equilibrio entre soledad e interacción social, prevención de los riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal, promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales, de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal.
- ***Requisitos del autocuidado relativos al desarrollo:*** Se define como aquellos que tienen por objetivo promover mecanismos que ayuden a vivir y madurar y a prevenir

enfermedades que perjudiquen dicha maduración o a aliviar sus efectos.

- **Requisitos del autocuidado en caso de desviación de la salud:** estos requisitos son comunes en las personas que están enfermas o que han sufrido algún accidente y que presentan algún trastorno o estado patológico en concreto, en lo que se incluyen defectos y discapacidades, y para los que existe un diagnóstico y se ha iniciado un tratamiento médico. Las características de la falta de salud como un estado que abarca un cierto periodo de tiempo determinan el tipo de cuidados necesarios mientras se sufren los efectos del estado patológico y la dura la enfermedad.

Las enfermedades o lesiones no sólo afectan a estructuras concretas y a mecanismos fisiológicos y psicológicos, sino también al funcionamiento global del cuerpo. Cuando este funcionamiento global está seriamente alterado (retraso mental grave, estados de coma, autismo), la capacidad del individuo maduro o joven para actuar se ve seriamente afectada, ya sea de forma permanente o temporal. En estados de salud anormales, los requisitos de autocuidado nacen tanto de la circunstancia de estar enfermo como de medidas tomadas en el diagnóstico o el tratamiento.

- b. Teoría de déficit de autocuidado:** la idea central de esta teoría es que la necesidad del servicio de enfermería se asocia con factores subjetivos que afectan a personas, jóvenes o maduras, cuyas acciones están limitadas por problemas de salud o cuidados sanitarios, los que los hace

parcial o totalmente incapaces de descubrir los requisitos actuales y emergentes que han de satisfacer en el cuidado de sí mismos o de quienes están a su cargo, y les impide aplicar de forma permanente medidas que controlen o, en cierto modo, dirijan los factores que regulan el desarrollo y el buen funcionamiento propio o de las personas a su cargo.

Déficit de autocuidado es una expresión que expone la relación entre la capacidad de acción de una persona y sus necesidades de autocuidado. El déficit de autocuidado es un concepto abstracto que, al ser expresado en términos de limitaciones de acción, orienta la selección de métodos de ayuda y de comprensión del papel que tiene el paciente en la labor de autocuidado.

c. Teoría de sistemas de enfermería: esta teoría sugiere que la enfermería es una acción humana articulada en sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras, a través del ejercicio de su actividad profesional ante personas con limitaciones de la salud o relacionadas con ella, que plantean problemas de autocuidado o de cuidado dependiente. La actividad de la enfermera se aplica a iniciativas de acción deliberada, entre ellas la intencionalidad y las operaciones de diagnóstico, prescripción y regulación. Se puede identificar tres tipos de sistemas de Enfermería. Que el sistema de Enfermería sea totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de apoyo-educativo depende de "quien puede o debe realizar las acciones de auto-cuidado".(11)

Sistemas de enfermería totalmente compensatorios: Se necesitan cuando la "enfermera debe de compensar la incapacidad total de un paciente para desempeñar acciones de autocuidado que requieren desplazamiento y movimientos de manipulación".

Sistemas parcialmente compensatorios: Existen cuando " la enfermera y el paciente ejecutan medidas de cuidados u otras acciones que comprenden tareas manipuladoras o desplazamientos.

Sistemas de apoyo-educativo: Los sistemas de apoyo educativo son "para situaciones en las que el paciente es capaz de realizar o puede y debería aprender a realizar medidas requeridas de autocuidado terapéutico orientadas externa o internamente, pero no puede hacerlas sin asistencia".

El referente teórico del presente estudio es el Modelo de Dorothea Orem enfocado principalmente en los sistemas de enfermería que proporciona el contexto dentro del cual la enfermera se relaciona con el individuo, lo diagnostica, prescribe, diseña y ejecuta el cuidado basado en el diagnóstico de los déficits de autocuidado. La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, como actuar en lugar de la persona, ayudar u orientar, apoyar física y psicológicamente, promover un entorno favorable al desarrollo

personal y enseñar a la persona que se ayuda. Es así que la enfermera trabaja con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamientos haciendo de la educación para la salud una herramienta indispensable.

El presente estudio se centrará en el sistema de apoyo-educación donde el individuo, en este caso el adulto mayor, es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería. El papel de la enfermera se limitará a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades. Este sistema puede requerir que la enfermera enseñe al paciente, o que modifique el entorno para ayudar al aprendizaje, quizá reduciendo las distracciones innecesarias. El papel de la enfermera es principalmente el de regular la comunicación y el desarrollo de las capacidades de autocuidado, mientras que el propio paciente realiza su autocuidado.

Por consiguiente, el profesional de enfermería se encargará de lograr que el adulto mayor se convierta en un agente de autocuidado al ayudarlo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad; y que viene siendo uno de los principales objetivos de enfermería.

Así mismo, el estudio toma de la teoría del autocuidado los conceptos de los requisitos de autocuidado que son un componente principal del modelo y constituyen una parte

importante de la valoración del paciente. De esta manera el profesional de enfermería establecerá un plan de cuidados de acuerdo con las necesidades de autocuidado y las capacidades que posee el individuo para poder satisfacerlas.

3.2. Intervención de la Enfermera en el cuidado del Adulto Mayor

El autocuidado es el medio que fomenta al máximo el que las personas adultas mayores asuman la responsabilidad de su propio cuidado para alcanzar y mantener un estado adecuado de salud y bienestar. En este sentido, el equipo de salud juega un papel muy importante como facilitador del aprendizaje y, mediante la divulgación de los conceptos básicos del cuidado de la salud, lograr que la persona sea autovalente en estos aspectos.

Para el profesional de Enfermería el autocuidado es un reto puesto que él es el llamado a promoverlo; buscando estimular el cambio en las personas adultas mayores, de una actitud pasiva frente al cuidado de su salud a una activa, lo cual implica que las personas tomen la iniciativa y actúen en busca del bienestar deseado; además, pretende lograr cambios de hábitos, costumbres y actitudes frente al cuidado de la propia vida y la del colectivo; para que esto se dé, se requiere internalizar la importancia de la responsabilidad y el compromiso que se tiene consigo mismo. (28)

Por lo tanto, entre los objetivos primordiales de enfermería se encuentran aumentar el número de personas

mayores que practiquen un estilo de vida saludable, fomentar el desarrollo del autocuidado por parte del adulto mayor, disminuir la incidencia de accidentes, caídas, fomentar el consumo responsable de la medicación prescrita, colaborar en la atención familiar del adulto mayor, aumentar los conocimientos de la familia y del cuidador principal en relación a la asistencia que necesita el paciente y, en definitiva, prestar los cuidados idóneos en los principales problemas geriátricos evitando en lo posible las complicaciones. (30)

4. Capacidad de Autocuidado

Las capacidades son las propiedades fisiológicas del hombre de las cuáles depende la dinámica de la adquisición de los conocimientos, habilidades, hábitos y éxitos de una determinada actividad.

P .A. Rudik al respecto expresa que "en la mayoría de los tipos de actividad cada persona puede dominar un mínimo de conocimientos, habilidades y hábitos que sirvan para realizarla. Sin embargo bajo las mismas condiciones externas las distintas personas adquirirán a ritmos diferentes estos conocimientos, habilidades y hábitos: por ejemplo, uno todo "lo coge al vuelo" y otro invierte mucho tiempo y esfuerzo; un tercer sujeto alcanza el nivel máximo de la maestría y el otro a pesar de todos sus esfuerzos, solo logra un determinado nivel medio de desarrollo".

Mientras que A. V. Petrosk señala que "las capacidades son particularidades psicológicas del hombre, de las cuales dependen la adquisición de conocimientos, habilidades y

hábitos; pero que sin las mismas no conducen a estos conocimientos, hábitos".

Las capacidades se desarrollan no en los conocimientos sino en la dinámica de su adquisición es decir a la rapidez, la profundidad, la facilidad y la solidez en el proceso adquisición del dominio de los conocimientos y habilidades son una suma importante para una actividad determinada.

Las capacidades son particularidades individuales de la personalidad que, al mismo tiempo, son condiciones para realizar con éxito una actividad dada y revelan las diferencias en el dominio de los conocimientos, habilidades y hábitos necesarios para ella. (31)

a. Tipos de capacidades

- *Capacidades motoras.* Incluyen capacidades sensorceptivas: oculares, auditivas, táctiles, gustativas, olfativas. Capacidades motoras manuales que incluyen movimientos finos de precisión y coordinación neuromotora. Capacidades motoras del resto del cuerpo para desarrollar y afianzar patrones básicos de movimientos y coordinar los distintos segmentos corporales.
- *Capacidades cognitivas.* Las personas poseemos capacidades con las que podemos razonar y resolver problemas; actuar de forma racional para conseguir objetivos; dotar de significado al mundo y sus fenómenos;

inventar cosas nuevas o bellas. Para ello, existen capacidades indispensables: 1) Comprensión y uso del lenguaje. 2) Formación de razonamientos, conceptos y categorías. 3) Memoria semántica significativa. 4) Resolución de problemas. 5) Evaluación (aprender de los errores) y toma de decisiones. 6) Inventiva e imaginación. 7) Socio afectividad: valoración y aceptación de sí mismo y de los otros.

Las capacidades surgen y se desarrollan para satisfacer las necesidades histórico–sociales del ser humano. Depende de la significación social, el valor que se les da. (32)

Así tenemos el concepto de capacidades de autocuidado, el cual se entiende como: “las habilidades desarrolladas que juntas forman la agencia de autocuidado de las personas para realizar de manera efectiva su autocuidado, dentro del marco temporal adecuado, la investigación, juicio y toma de decisiones, y las operaciones reguladoras o de tratamiento necesarias para mantener su propio funcionamiento y desarrollo dentro de las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar. El desempeño de las tres operaciones de autocuidado descansa en el conocimiento, habilidades y motivación, desarrollados y ejercitados, específicos para el autocuidado, y en el conjunto de capacidades y disposiciones humanas fundamentales”. (33)

Es la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir.

Las personas que realizan su autocuidado son conocedoras de sí mismas, de sus estados funcionales y de los cuidados que necesitan. Quieren saber. Valoran, investigan, emiten juicios y toman decisiones. Se ocupan de cursos de acción para el logro de resultados y son capaces de autodirigirse en sus ambientes.

Las habilidades de autocuidado son expresiones de lo que las personas han aprendido a hacer y saben hacer en la fase de investigación y toma de decisiones del autocuidado, y en su fase de producción en las presentes condiciones humanas y ambientales.

Las limitaciones de autocuidado son expresiones de lo que impide a los individuos proporcionar la cantidad y clase de autocuidados que necesitan en las condiciones y circunstancias existentes y cambiantes.

Se expresan en términos de influencias restrictivas en las operaciones de autocuidado. Se han identificado tres clases: restricciones de conocimiento, restricciones de juicio y toma de decisiones y restricción de las acciones para el logro de resultados, tanto en la fase de investigación como en el autocuidado.

Por consiguiente, la capacidad de autocuidado que posee una persona puede ser valorada en base a las actividades que puede realizar por sí misma con el fin de mantener la salud y el bienestar; así como a la toma de decisiones que conllevan a la práctica de actividades en pro del autocuidado.

G. Definición Operacional de Términos

Capacidad de autocuidado: Es el conjunto de actividades que el adulto mayor refiere realizar por sí mismo en su casa y en su comunidad para controlar los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos de las caídas.

Prevención de caídas: Es el conjunto de actividades que debe realizar el adulto mayor a fin de evitar las caídas, considerando los factores propios del envejecimiento, factores que se encuentran dentro de su hogar y aquellos que pudiese encontrar en la comunidad.

Adulto mayor: persona de 60 años a más de edad, de sexo masculino o femenino que se encuentran orientados en tiempo, espacio y persona y que acuden al Club del Adulto Mayor “Edad de Oro” del Centro de Salud “Tablada de Lurín”.

Factores intrínsecos: Condiciones o elementos fisiológicos propios de un adulto mayor como alteraciones del equilibrio y la marcha, agudeza visual y auditiva, enfermedades y medicación que pueden predisponer a caídas.

Factores extrínsecos: Condiciones o elementos del entorno - ambiente en el que se desarrolla la vida del adulto mayor, como iluminación, orden, características de los suelos, seguridad vial que pueden incrementar la predisposición a las caídas.

CAPITULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

A. TIPO, NIVEL Y MÉTODO DE ESTUDIO

Este estudio es de tipo cuantitativo porque recoge información empírica, objetiva y numérica; de nivel aplicativo ya que da aportes a la práctica, de método descriptivo porque presenta los hechos o fenómenos tal como son y de corte transversal ya que implica la obtención de datos en un determinado periodo de tiempo.

B. SEDE DE ESTUDIO

El presente estudio de Investigación se llevó a cabo en el Centro Materno Infantil y de Emergencias “Tablada de Lurín”, perteneciente a la Micro Red Daniel Alcides Carrión – Tablada de Lurín, Dirección de Salud II Lima Sur, ubicado en la Av. República y Billingurst s/n 2da zona de Tablada de Lurín en el Distrito de Villa María del Triunfo. El Centro de Salud atiende la población de los diferentes grupos étnicos pertenecientes a su jurisdicción.

Esta institución presta los servicios de Medicina General, Obstetricia, Odontología, Psicología, Control de Crecimiento y

desarrollo, Inmunizaciones, Planificación familiar, PCT, laboratorio, Farmacia y Emergencias.

Cuenta con personal capacitado constituido por médicos, enfermera, técnicos de enfermería, obstetrices, odontólogos, psicólogos, administrativos, etc.

El horario de atención es de 8:00 a.m. a 2:00 p.m. de lunes a sábado, excepto Emergencias que atiende todos los días y las 24 horas.

El Centro Materno Infantil y Emergencia “Tablada de Lurín” cuenta con el Club del Adulto Mayor “Edad de Oro” donde asisten aproximadamente 60 adultos mayores quienes buscan desarrollar una serie de actividades encaminadas a promover la participación activa y dinámica de las personas adultas mayores con el fin de posibilitar la adquisición y fortalecimiento de hábitos de vida saludable, mediante la ejecución de actividades terapéuticas, educativas, culturales y recreativas reuniéndose todos los viernes de 3 pm a 5 pm en las instalaciones del establecimiento.

C. POBLACIÓN Y/O MUESTRA

La población escogida para este estudio es considerada como una población pequeña por tal motivo el total de sus unidades de estudio fueron incluidas en la investigación. La población total estuvo constituida por 46 adultos mayores de ambos sexos, participantes activos del Club del Adulto Mayor “Edad de Oro” del Centro de Salud “Tablada de Lurín” que cumplían con los siguientes criterios:

Los criterios de inclusión fueron:

- Adultos mayores de 60 años a más.
- Adultos mayores orientados en tiempo, espacio y persona.
- Que acepten participar en la investigación.

Los criterios de exclusión fueron:

- Adultos mayores desorientados.
- Adultos mayores con sordera total.
- Adultos mayores que se nieguen a participar en la investigación.

D. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Con el fin de medir la capacidad de autocuidado de los adultos mayores se empleó para la recolección de datos la técnica de la entrevista dirigida a cada adulto mayor participante. El instrumento utilizado fue un cuestionario estructurado cuyos ítems fueron elaborados de acuerdo a los indicadores estudiados para la variable. El instrumento consta de las siguientes partes: título, presentación, datos generales, instrucciones y contenido propiamente dicho que consta de 30 enunciados con sus respectivas alternativas (ver ANEXO B).

La validez de contenido del instrumento sobre capacidad de autocuidado del adulto mayor se obtuvo a través del juicio de expertos (ver ANEXO C), con profesionales destacados en el ámbito de enfermería en el cuidado del adulto y adulto mayor, geriatría e investigación. Esto permitió realizar las correcciones necesarias del instrumento. Luego se realizó una prueba piloto con un total de 15

adultos mayores, obteniéndose a través de la prueba estadística de α de Crombach un coeficiente de confiabilidad de 0.61 lo que indicó que el instrumento utilizado es confiable (ver ANEXO D).

E. PROCESO DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Antes de iniciar la recolección de datos se llevó a cabo los trámites administrativos con la Micro Red a fin de obtener las facilidades pertinentes. Se coordinó con la enfermera encargada del Club del adulto mayor logrando su participación y la colaboración de las técnicas de enfermería a su cargo. Luego se informó a los adultos mayores acerca del estudio, obteniéndose su consentimiento voluntario. La aplicación del instrumento se realizó desde el momento en que empezaban a llegar los adultos mayores a las reuniones del club y durante éstas, acondicionando un espacio para realizar una entrevista personal. El instrumento fue diseñado para ser administrado por la investigadora ya que se tuvo en consideración las posibles limitaciones que el adulto mayor pudiera tener para resolver el cuestionario por sí mismo. La entrevista tuvo una duración de aproximadamente 15 a 20 minutos por persona. La recolección de datos se realizó en los meses de Julio y Agosto del 2011. Terminada la etapa de recolección se procedió a la codificación de los instrumentos aplicados y cuyos resultados fueron vaciados en una matriz general. El procesamiento de estos datos se realizó mediante tabulación digital a través del programa Microsoft Excel. Finalmente los resultados fueron presentados mediante cuadros y gráficos.

F. PROCESO DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Para la medición de la variable se asignó valores de la siguiente manera:

Respuesta	Proposición	
	Positiva	Negativa
Si	2	0
A veces	1	1
No	0	2

Se aplicó la Escala de Stanones (ver ANEXO E) para hallar los límites de los intervalos y agrupar los datos en tres categorías: aceptable, poco aceptable, no aceptable. Obteniendo los siguientes resultados:

- ❖ Capacidad de Autocuidado en la prevención de caídas
 - No aceptable: menos de 38
 - Poco aceptable: entre 38 y 47
 - Aceptable: Mayor de 47

- ❖ Capacidad de Autocuidado en el control de los factores intrínsecos de las caídas
 - No aceptable: menos de 16
 - Poco aceptable: entre 16 y 21
 - Aceptable: Mayor de 21

- ❖ Capacidad de Autocuidado en el control de los factores extrínsecos de las caídas
 - No aceptable: menos de 21
 - Poco aceptable: entre 21 y 27
 - Aceptable: Mayor de 27

G. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la recolección de los datos se esperó la autorización de la institución para la aplicación de los instrumentos. Previamente a la recolección de datos se solicitó la participación de los adultos mayores en forma verbal, explicándoles el objetivo y propósito de dicho estudio, se les invitó a participar voluntariamente; así mismo, se consideró la aplicación del formato de consentimiento informado. Para la información recolectada, se tomó en cuenta los principios de confidencialidad.

CAPITULO III

RESULTADOS

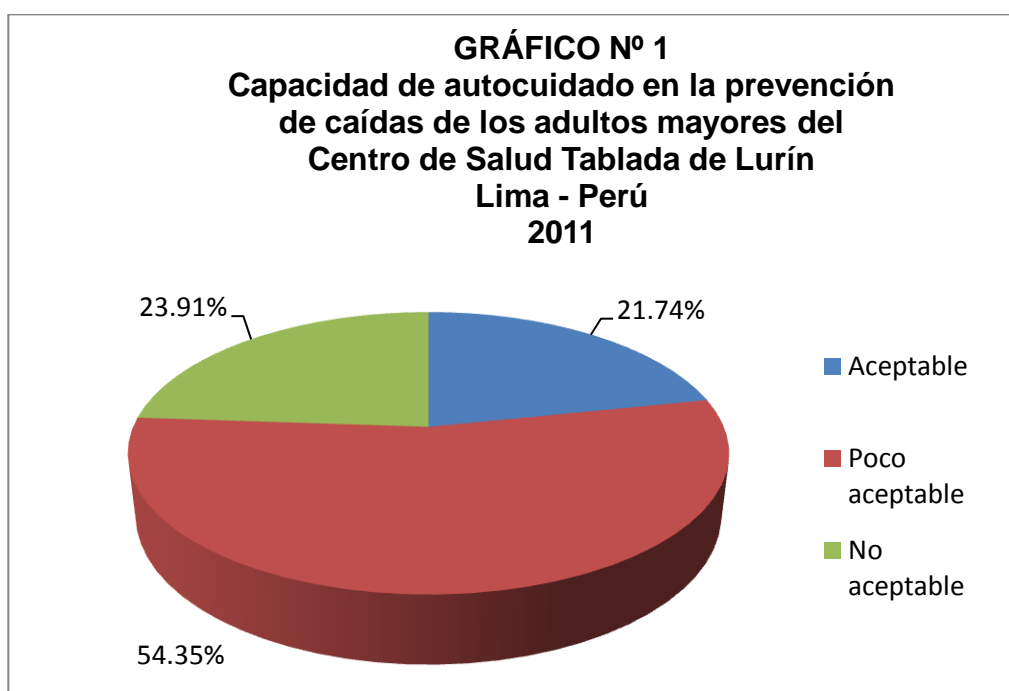
Después de la investigación la población estudiada presento las siguientes características:

A. Datos Generales

En relación al sexo tenemos, que de 46 (100%) adultos mayores encuestados, 31 (67.4%) son de sexo femenino (ver ANEXO G). En relación a la edad se aprecia que, 22 (47.83%) tienen edades comprendidas entre 70 y 79 años, seguido de 18 (39.13%) con edades entre 60 a 69 años y 6 (13.04%) con 80 años o más (ver ANEXO H). Referente al grado de instrucción tenemos que, 17 (36.9%) tiene primaria incompleta ,11 (23.9%) no cuenta con instrucción alguna y 11 (23.9%) tienen primaria completa (ver ANEXO J).

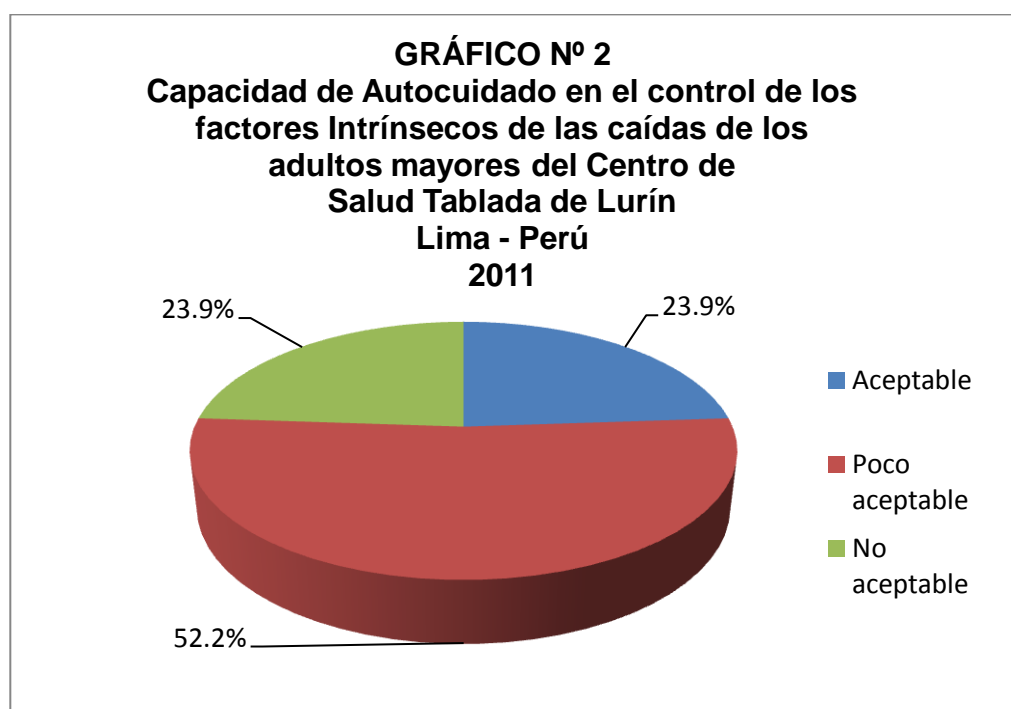
B. Datos Específicos

B.1. Capacidad de Autocuidado en la prevención de caídas



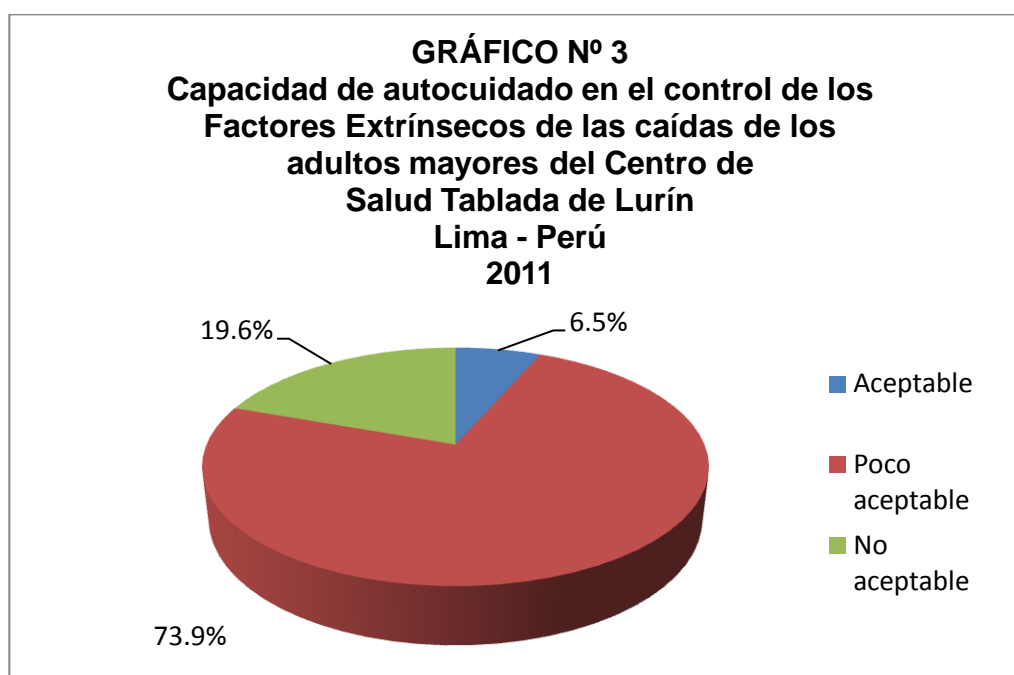
En el gráfico nº1 respecto a la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas de los adultos mayores se puede observar que del 100% (46) de adultos mayores encuestados, 54.35% (25) tienen una capacidad de autocuidado poco aceptable, seguido de un 23.91% (11) con una capacidad de autocuidado no aceptable y finalmente un 21.74% (10) con una capacidad de autocuidado aceptable.

B.2. Capacidad de Autocuidado en el control de los factores intrínsecos de las caídas



En el gráfico nº2 respecto a la Capacidad de autocuidado en el control de los factores intrínsecos de las caídas se observa que del 100% (46) de adultos mayores encuestados, 52.2% (24) tienen una capacidad de autocuidado poco aceptable, seguida por una capacidad de autocuidado aceptable y no aceptable ambas con un 23.9% (11).

B.3. Capacidad de Autocuidado en el control de los factores extrínsecos de las caídas



En el gráfico nº3 respecto a la Capacidad de autocuidado en el control de los factores extrínsecos de las caídas se observa que del 100% (46) de adultos mayores encuestados, 73.9% (34) tienen una capacidad de autocuidado poco aceptable, seguido un 19.6% (9) con capacidad de autocuidado no aceptable y 6.5% (3) con capacidad de autocuidado aceptable.

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

Respecto a la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas de los adultos mayores se puede observar que del 100% (46) de adultos mayores encuestados, 54.35% (25) tienen una capacidad de autocuidado poco aceptable.

Durante el proceso de envejecimiento se van deteriorando los diferentes órganos de los sentidos como la visión, la audición, la sensibilidad, puede haber deterioro de las funciones mentales, deterioro en la realización de las actividades cotidianas, presencia de enfermedades crónicas cardiovasculares, metabólicas; alteraciones del sistema vestibular, osteomuscular, debilidad lo que afecta el equilibrio del cuerpo creando las condiciones de inestabilidad y caídas en el adulto mayor en su hogar y en su comunidad.

Las investigaciones refieren que la prevalencia de caídas en el adulto mayor varía del 30 al 50% con una incidencia anual de 25 a 35% cifras que se incrementan conforme avanza la edad de los pacientes y sus discapacidades.

Las caídas en el adulto mayor provocan una variedad de complicaciones de las cuales un 5% requiere hospitalización. Las complicaciones más incidentes de las caídas son físicas como las fracturas (10 al 25%), esguinces, luxaciones, contusiones, traumatismo encéfalo craneano, que a su vez crean repercusiones psicológicas y sociofamiliares, llevando al adulto mayor a la postración y a la dependencia. También los costos en salud que generan son motivo de preocupación, debido a que el aumento de la expectativa de vida genera que el número de personas posibles de sufrir caídas con secuelas discapacitantes sea muy significativo.

Un elemento necesario para conseguir una mejor calidad de vida de la persona adulta mayor es la prevención especialmente de caídas ya que se minimiza la incidencia de estas, sin que la movilidad y la independencia funcional se vean restringidas. Sin embargo es importante indicar que dentro del contexto de las caídas existen factores que contribuyen a ello como son los factores intrínsecos, es decir, propios del envejecimiento, como disminución de la agudeza visual y auditiva, problemas en la marcha y el equilibrio, enfermedades crónico-degenerativas que afectan la movilidad y la estabilidad, efectos de la polifarmacia; y factores extrínsecos como suelos irregulares, deslizantes, muy pulidos, alfombras no fijas, iluminación pobre o deslumbrante, cables u objetos no fijos, escaleras sin pasamanos, escalones altos, cocinas con mobiliario a altura inadecuada, aseos con suelo resbaladizo, sin asideros, sin superficie antideslizante en ducha o bañera, dormitorios con camas altas y estrechas, calzado inadecuado, mala conservación de pavimentos y aceras, los obstáculos en las mismas, transporte público no adaptado con poco tiempo para subir y bajar, etc.

La Capacidad de Autocuidado es el conjunto de habilidades desarrolladas que tiene la persona y que pone en práctica para ejercer de manera efectiva su autocuidado con el fin de mantener la salud, el bienestar y por ende la vida.

El Autocuidado en el adulto mayor tiene como propósito contribuir a la promoción de la salud y prevención de enfermedades especialmente de las caídas, así como al mantenimiento de la autovalencia, fomento de la actividad y por consiguiente estilos de vida saludables.

El profesional de enfermería tiene un papel relevante en el primer nivel de atención especialmente cubriendo con los lineamientos de políticas como: Promover la comunicación y educación para la salud de las personas adultas mayores, familia y comunidad.

Por tal motivo, el profesional de enfermería, en referencia a las actividades de promoción y educación para la salud del adulto mayor, actúa prioritariamente sobre los siguientes aspectos: autocuidado de la persona adulta mayor, estilos de vida saludable, proceso de envejecimiento, uso racional de medicamentos, etc. dirigidas a los mayores, a sus familiares y cuidadores. De igual manera realiza actividades de prevención como prevención de caídas y accidentes, prevención de deterioro cognitivo y otros.

Se puede evidenciar que la mayoría de adultos mayores del Centro de Salud “Tablada de Lurín” poseen una capacidad de autocuidado poco aceptable en la prevención de caídas, por lo que se deduce que estos adultos mayores tienen deficiencias para ejercer de manera efectiva sus prácticas de autocuidado en la prevención de

caídas, lo que es muy preocupante ya que estarían predispuestos a sufrir fracturas, lesiones de partes blandas, traumatismos craneanos y otras consecuencias con mayor frecuencia y severidad afectando su integridad física, bienestar social, independencia y autonomía; por ende su calidad de vida.

Es el profesional de enfermería en su rol de promotor de la salud debe establecer un plan de cuidados más personalizado en base a la identificación de los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos e intervenir como facilitador del aprendizaje mediante la divulgación de los conceptos básicos del cuidado de la salud enfocados a la prevención de caídas tanto al adulto mayor como a su familia y comunidad.

Respecto a la Capacidad de autocuidado específicamente en el control de los factores intrínsecos de las caídas se observa que del 100% (46) de adultos mayores encuestados, 52.2% (24) tienen una capacidad de autocuidado poco aceptable.

Las caídas en el adulto mayor pueden ser causadas por factores intrínsecos o extrínsecos. Los intrínsecos son los elementos o condiciones propios del individuo y que están ligados al normal proceso de envejecimiento o a la presencia de enfermedades.

Entre las modificaciones por el paso del tiempo, tienen especial relevancia aquellas que afectan a los mecanismos de control del equilibrio en estática y marcha, y a la capacidad de respuesta rápida ante el desequilibrio.

Como se sabe, en toda persona el mantenimiento del equilibrio depende de numerosas estructuras (vías aferentes, de integración central y eferentes). Las aferencias sensoriales dependen de los sistemas visual, neurosensorial periférico, y vestibulolaberíntico.

En el adulto mayor los mecanismos eferentes correctores de pequeños desequilibrios, a menudo, ven también mermada su eficacia. La conocida pérdida de masa muscular que se produce en el envejecimiento y que afecta fundamentalmente a la contracción rápida, dificulta la realización de movimientos rápidos de corrección. Asimismo el tiempo de reacción frente a un estímulo se encuentra alargado. A nivel osteoarticular frecuentemente encontramos alteraciones biomecánicas que predisponen a la aparición de caídas. Existe tendencia a desplazar el centro de gravedad como compensación del aumento de la cifosis dorsal. Las articulaciones de carga (cadera, rodilla, pie) sufren modificaciones de evidente repercusión funcional.

No todas las modificaciones expresadas van a estar presentes ni en la misma intensidad en todos los adultos mayores. Sí es posible identificar un grupo de ellos, hasta un 15% presentan lo que se denomina “marcha senil”, fruto de las modificaciones reseñadas, y fronteriza entre lo que consideraríamos fisiológico o patológico, y con características parkinsonianas (actitud en flexión, bradicinesia, pasos cortos e irregulares, con problemas de inicio y cambio de sentido). Cabe destacar que un 17% de caídas en el adulto mayor son secundarias a un trastorno del equilibrio y la marcha.

A nivel visual, el adulto mayor junto a la pérdida de agudeza, parecen tener mayor importancia la disminución de la tolerancia al deslumbramiento y la disminución de la capacidad de adaptación a la

oscuridad y que está relacionado a un 2% de las causas de caídas. La eficacia del sistema neurosensorial periférico está mermada, y así es frecuente observar en el mayor una disminución de la sensibilidad táctil, de la sensibilidad propioceptiva (sobre todo en miembros inferiores o situaciones de carga), de la sensibilidad vibratoria, y de la de los mecanorreceptores cervicales. La frecuente aparición de angioesclerosis de oído interno, atrofia de células sensoriales, etc., dificultan las aferencias sensoriales vestibulares periféricas.

Por otro lado son los procesos patológicos que, incidiendo sobre organismos envejecidos, pueden contribuir a causar caídas en el adulto mayor. A nivel neurológico numerosos procesos, agudos o crónicos, pueden afectar al equilibrio y marcha. Entre los más frecuentemente incriminados aparecen la enfermedad de Parkinson, accidentes vasculocerebrales, cuadros convulsivos, hidrocefalia a presión normal, etc. Alteraciones psiquiátricas frecuentes en el mayor, como la depresión, ansiedad, insomnio, etc. aparecen frecuentemente entre las causas de caídas (bien por ellas mismas o por los tratamientos farmacológicos con los que se las pretende aliviar). Los problemas cardiovasculares deben ser explorados en todo mayor que ha sufrido una caída. La hipotensión ortostática aparece entre el 5 y el 25 % de los mayores que viven en la comunidad. Es más frecuente por las mañanas. Aparece incriminada en el 3% de las caídas, casi siempre en mayores con predisposición al ortostatismo por padecer enfermedades con afectación autonómica (Diabetes, Parkinson, etc.) o toma de fármacos (hipotensores, antidepresivos tricíclicos, vasodilatadores, etc.).

La patología degenerativa articular contribuye en el adulto mayor a la aparición de caídas mediante mecanismos como el dolor, posturas

articulares viciosas, e inestabilidad y modificación de la estática articular. Los trastornos podológicos son muy frecuentes y una de las patologías ocultas. Las causas de dolor y marcha insegura son numerosas (juanetes, metatarsalgias, problemas ungueales, etc.), acrecentadas por el uso de calzado inadecuado.

El profesional de enfermería tiene la gran responsabilidad de dirigir y conseguir que esta última etapa de la vida se lleve a cabo en las mejores condiciones de salud posibles, es por ello que actúa especialmente en el primer nivel de atención incrementando los conocimientos, las habilidades y la motivación de la persona para afrontar los cambios físicos y psicosociales que aparecen durante el proceso de envejecimiento.

Por lo antes expuesto, podemos evidenciar que la capacidad de autocuidado de los adultos mayores del Centro de Salud “Tablada de Lurín” en relación al control de los factores de riesgo intrínsecos de las caídas es poco aceptable. Por lo que se deduce que los adultos mayores estarían potenciando el riesgo a sufrir caídas causadas por su propio proceso de envejecimiento, sin embargo manteniendo estilos de vida saludables se pueden reducir sus complicaciones. Por lo que es necesario que los profesionales de salud, principalmente el profesional de enfermería, debe orientar y motivar al adulto mayor, a la familia y comunidad a practicar su autocuidado con especial atención en la realización de las evaluaciones médicas periódicas y control de las enfermedades existentes, evaluación anual de la visión y audición, correcto uso de lentes, audífonos y bastones, ejercicios diarios de una duración de 30 minutos, mantener la integridad de sus pies, la polifarmacia y sobre todo concientizar en los adultos mayores el significado del envejecimiento.

Respecto a la Capacidad de autocuidado específicamente en el control de los factores extrínsecos de las caídas se observa que del 100% (46) de adultos mayores encuestados, 73.9% (34) tienen una capacidad de autocuidado poco aceptable.

Los factores extrínsecos son los elementos o condiciones del entorno y/o medio ambiente en el que el adulto mayor desarrolla sus actividades cotidianas y que intervienen en el momento de la caída. Estos factores pueden encontrarse ya sea en el hogar o el ambiente comunitario de la persona adulta mayor.

Las caídas son los accidentes más comunes que les suceden a las personas adultas mayores dentro de sus casas, porque es donde pasan la mayor parte del tiempo y porque transitan con un exceso de confianza, por encontrarse en su entorno conocido. La mayoría de las caídas acontecen durante las actividades cotidianas habituales. Sólo en un 5% de los casos podemos encontrar actividades poco habituales (subirse a una silla, hacer deporte, etc.). En el hogar del adulto mayor se pueden considerar los siguientes factores de riesgo: desorden, una alfombra arrugada, un mueble inestable, una luz deficiente o deslumbrante, escaleras y baños sin barandas, objetos de uso cotidiano en lugares poco accesibles, un cable atravesado, son elementos que aumentan el riesgo de sufrir caídas u otro accidente.

Por otro lado, el ambiente comunitario es decir calles, avenidas, veredas, parques, mercados, como factor extrínseco implica características como superficies irregulares, mojadas, resbalosas y luces que pueden ser deslumbrantes, calles congestionadas, libertad de animales abandonados, tránsito saturado, semaforización

inadecuada y poco respetada; parecen auténticas trampas para favorecer caídas.

Hasta un 22% de las caídas ocurren con participación determinante de los factores extrínsecos. De aquí la importancia de que cada uno procure ser responsable de la eliminación de aquellos factores que ponen en riesgo la seguridad del adulto mayor y las demás personas. La eliminación de barreras arquitectónicas en la vía pública, y la accesibilidad en el transporte son medidas eficaces que beneficiarán a todas las personas, así mismo tiene especial importancia la realización de las modificaciones ambientales necesarias en el propio domicilio del adulto mayor.

Por lo antes expuesto, podemos evidenciar que la capacidad de autocuidado de los adultos mayores del Centro de Salud “Tablada de Lurín” en el control de los factores de riesgo extrínsecos de las caídas es poco aceptable. Por lo que se deduce que los adultos mayores tienen un mayor riesgo de sufrir caídas en el domicilio como en su medio comunitario. Lo que hace al entorno del adulto mayor un lugar con peligros que puedan atentar contra su seguridad y salud. Es allí donde la enfermera debe realizar las visitas domiciliarias a fin de identificar el entorno hogareño de riesgo y así brindar alternativas de prevención es decir que la familia reconozca los peligros y ponga en práctica las medidas preventivas para un desplazamiento seguro en su entorno. Por otro lado generar alianzas con las diferentes organizaciones del Estado, Municipalidad y el equipo multidisciplinario para que se preocupen en mantener condiciones adecuadas a favor del adulto mayor para así poder tener comunidades o sociedad con lugares más seguros.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

- Los adultos mayores del Centro de Salud “Tablada de Lurín” en su mayoría poseen una capacidad de autocuidado poco aceptable en la prevención de caídas, de acuerdo a los factores de riesgo intrínsecos o relacionados con la edad y los factores extrínsecos relacionados con el entorno, lo que los pone en riesgo de sufrir caídas y sus posibles consecuencias físicas, psicológicas y sociofamiliares alterando el mantenimiento de la salud, bienestar y sobre todo la independencia y autonomía. Por lo que el rol de la enfermera en el primer nivel de atención es importante ya que mediante actividades de promoción y prevención debe lograr el autocuidado del adulto mayor.

- Los adultos mayores en su mayoría presentan una capacidad de autocuidado poco aceptable en relación al control de los factores intrínsecos que conllevan a las caídas. Así tenemos especialmente aquellos que afectan su equilibrio y marcha, la agudeza visual y auditiva disminuida, menor fuerza muscular y menor coordinación así como también las enfermedades que

poseen en esta edad como por ejemplo hipertensión arterial y osteoporosis, lo que nos indica que aún no aceptan sus propios cambios del envejecimiento y a la vez no concientizan sus autocuidados físicos y mentales, lo que conllevaría a presentar o agravar diversos problemas de salud que son causados por las caídas. Es allí donde la enfermera en su rol de promotor de la salud deberá sensibilizar y motivar en los adultos mayores, familia y comunidad la práctica de estilos de vida saludable y un adecuado control de las enfermedades existentes y su medicación.

- Los adultos mayores del Centro de Salud “Tablada de Lurín” en su mayoría tienen una capacidad de autocuidado poco aceptable en el control de los factores extrínsecos de las caídas, lo que nos indica que el hogar del adulto mayor con inadecuada iluminación, desorden, falta de barandas de seguridad y un ambiente comunitario con pobre señalización vial, calles y aceras en mal estado y transporte público inadecuado, son lugares con peligros que pueden atentar contra su seguridad e integridad física y mental al intervenir en la producción de caídas y otros accidentes. La enfermera deberá realizar visitas domiciliarias a fin de promover un hogar y comunidad libre de riesgos ambientales trabajando con el adulto mayor, familia y comunidad para la identificación de peligros y la práctica de medidas preventivas.

B. RECOMENDACIONES

- Difundir los resultados del estudio a los miembros del equipo del Centro de Salud “Tablada de Lurín”

- Realizar alianzas estratégicas multidisciplinarias destinadas a reducir la incidencia de caídas en los adultos mayores en la comunidad y evitar sus consecuencias, incluyendo la valoración multifactorial del riesgo.
- Continuar con la educación, información y orientación al adulto mayor acerca del envejecimiento, pérdida gradual de la funcionalidad y los cuidados de las enfermedades más incidentes como también programas de ejercicios destinados a mejorar la fuerza muscular y el equilibrio.
- Realizar estudios cualitativos acerca del tema, profundizando en cada indicador.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) United Nations. Population Ageing and Development 2009. [en línea] New York: Department of Economic and Social Affairs; 2009 [fecha de acceso 2 Nov 2011] Disponible en: <http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2009.htm>
- (2) Naciones Unidas. Estudio Económico y Social Mundial 2007: Desarrollo de un Mundo que envejece [En línea] New York: Departamento de Información Pública; 2007 [fecha de acceso 16 Dic 2009] Disponible en : http://www.futuros21.info/uploads/wess07factsheet_sp.pdf
- (3) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perfil Sociodemográfico del Perú [En línea] Lima: INEI; 2008 [fecha de acceso 2 Nov 2011] Disponible en : <http://www.inei.gob.pe/Anexos/libro.pdf>
- (4) Ministerio de Salud. Situación del Adulto Mayor en el Perú [En línea] 2005 [fecha de acceso 4 Jun 2009] Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/boletines/SituacionAdultoMayorPeru.pdf>
- (5) Ministerio de Salud. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Lima – Perú; 2005. Pp. 31.
- (6) Millán Méndez I. La capacidad y percepción de autocuidado, una estrategia de elección para alcanzar una longevidad satisfactoria. Correo Científico Médico de Holguín (Cuba). 2007; 11(4) Supl 1: 3-5.
- (7) Hernández Herrera, DE y Col. Prevención de caídas en el adulto mayor: Intervenciones de enfermería. Rev. Enferm. IMSS (México). 2007; 15 (1): 47-50
- (8) De Santillana Hernández, SP y Col. Caídas en el adulto mayor. Factores intrínsecos y extrínsecos. Rev. Med. IMSS (México). 2002; 40 (6): 489-493.
- (9) CENETEC. Resumen de evidencias y recomendaciones: Prevención de caídas en el adulto mayor en el primer nivel de atención. México. 2008
- (10) Sociedad Andaluza de Geriátrica y Gerontología. Caídas en el Anciano. España. Diciembre 2004; 2 (3): 2-9.

- (11) Marriner Tomey A. Modelos y Teorías en Enfermería. 4ta Ed. España: Editorial Harcourt Brace. 1999. Pp. 177-181.
- (12) Araneda Pagliotti G y Col. Capacidad de Autocuidado del Adulto Mayor, hospitalizado en los servicios de medicina y cirugía del Hospital Herminda Martín de Chillan. Rev. Cultura de los Cuidados (Chile). Año IV, Nº 7 y 8, 1º y 2º Semestres 2000. Pp. 161-165.
- (13) De La Puente C. Caídas en Ancianos en el Club del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto – Iquitos. [Tesis Médico-Cirujano] Lima – Perú: UNMSM; 2005.
- (14) Maita Rojas A. Riesgos de accidentes en el Adulto Mayor que realiza actividades de rutina, usuarios de los Servicios del Centro de Salud Conde de la Vega. [Tesis de Licenciatura] Lima - Perú: UNMSM; 2008.
- (15) Domínguez Carrillo LG y Col. Caídas en el Anciano: Factores asociados en 168 casos. Acta Médica grupo Ángeles (México). Abril-Junio 2005; 3 (2): Pp. 83-90.
- (16) Escobar Castellanos B. Factores de riesgo de caídas en el adulto mayor. [Tesis de Licenciatura]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2006.
- (17) Landeros Olvera E y Col. Estimación de las capacidades de autocuidado para hipertensión arterial en una comunidad rural. Rev. Enferm. IMSS (México). 200; 12 (2): 71-74.
- (18) Medellín Vélez B. Desarrollo de capacidades de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2. Rev. Enferm. IMSS (México). 2007; 15 (2): 91-98.
- (19) OMS. Perfil del Adulto Mayor Perú – Intra II. 2004
- (20) Leitón Z, Ordoñez Y. Manual de Información para profesionales: Autocuidado de la salud para el adulto mayor. Lima: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES); 2003.
- (21) Fundación del Empresariado Chihuahuense A.C. Autocuidado: Guía de orientación para el cuidado de la salud de los adultos mayores [En línea] México: FECHAC [fecha de acceso 4 Jun 2009] Disponible en: <http://www.fechac.org/web/publicaciones.php>

- (22) Cuba Fuentes, M. Prevención de caídas en el adulto mayor. RAMPA. 2006; 1 (1): 33-37
- (23) CONSUMER EROSKI. Caídas en los ancianos: Los tropiezos de la edad. AÑO XXXIV, ÉPOCA III - noviembre 2008 - Nº 126. Pg. 22-25
- (24) Sgaravatti A. Factores de riesgo y Valoración de las caídas en el adulto mayor. Uruguay: SUGG. Carta Geriátrico Gerontológica 2011; 4(1): 9-13
- (25) Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2006 – 2010. Perú: MIMDES. Pp. 2.
- (26) Cuidadores de Ancianos. Valoración y Autocuidado: El Autocuidado en nuestros mayores. [En línea] [fecha de acceso 5 de mayo del 2009]; disponible en: <http://www.cuidadoresdeancianos.com/cda/valoraciones.htm>
- (27) Ministerio de Salud. Rotafolio: Cuidado y Autocuidado de la Salud Personas Adultas Mayores. Lima – Perú. 2009
- (28) Tobón Correa O. El Autocuidado: Una Habilidad para Vivir. Rev. Hacia la Promoción de la Salud (Colombia). 2003; 8: Pp. 3-8.
- (29) Ministerio de Salud. Rotafolio: Cuidado y Autocuidado de la Salud Personas Adultas Mayores. Lima – Perú. 2009
- (30) Manual de Enfermería. España: Editorial LEXUS, 2003. Pp. 688.
- (31) Cortegaza Fernández L. Capacidades y cualidades motoras. Revista Digital - Buenos Aires (Argentina). Julio de 2003; Año 9, Nº 62
- (32) EL COMERCIO. De las destrezas y competencias al desarrollo de capacidades humanas. Quito – Ecuador. 2009. Pp. 9
- (33) Hernandez Corral S. Valoración de capacidades de autocuidado en adultos mayores para una práctica avanzada de enfermería. [En línea] [fecha de acceso 25 octubre del 2010]; disponible en : http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/arti_10.pdf

BIBLIOGRAFÍA

- Araneda Pagliotti G y Col. Capacidad de Autocuidado del Adulto Mayor, hospitalizado en los servicios de medicina y cirugía del Hospital Herminda Martín de Chillan. Rev. Cultura de los Cuidados (Chile). Año IV, Nº 7 y 8, 1º y 2º Semestres 2000. Pp. 161-165.
- CENETEC. Resumen de evidencias y recomendaciones: Prevención de caídas en el adulto mayor en el primer nivel de atención. México. 2008
- CONSUMER EROSKI. Caídas en los ancianos: Los tropiezos de la edad. AÑO XXXIV, ÉPOCA III - noviembre 2008 - Nº 126. Pg. 22-25
- Cortegaza Fernández L. Capacidades y cualidades motoras. Revista Digital - Buenos Aires (Argentina). Julio de 2003; Año 9, Nº 62
- Cuba Fuentes, M. Prevención de caídas en el adulto mayor. RAMPA. 2006; 1 (1): 33-37
- Cuidadores de Ancianos. Valoración y Autocuidado: El Autocuidado en nuestros mayores. [En línea] [fecha de acceso 5 de mayo del 2009]; disponible en:
<http://www.cuidadoresdeancianos.com/cda/valoraciones.htm>
- De La Puente C. Caídas en Ancianos en el Club del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto – Iquitos. [Tesis Médico-Cirujano] Lima – Perú: UNMSM; 2005.
- De Santillana Hernández, SP y Col. Caídas en el adulto mayor. Factores intrínsecos y extrínsecos. Rev. Med. IMSS (México). 2002; 40 (6): 489-493.
- Domínguez Carrillo LG y Col. Caídas en el Anciano: Factores asociados en 168 casos. Acta Médica grupo Ángeles (México). Abril-Junio 2005; 3 (2): Pp. 83-90.
- EL COMERCIO. De las destrezas y competencias al desarrollo de capacidades humanas. Quito – Ecuador. 2009. Pp. 9
- Escobar Castellanos B. Factores de riesgo de caídas en el adulto mayor. [Tesis de Licenciatura]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2006.

- Fundación del Empresariado Chihuahuense A.C. Autocuidado: Guía de orientación para el cuidado de la salud de los adultos mayores [En línea] México: FECHAC [fecha de acceso 4 Jun 2009] Disponible en: <http://www.fechac.org/web/publicaciones.php>
- Hernandez Corral S. Valoración de capacidades de autocuidado en adultos mayores para una práctica avanzada de enfermería. [En línea] [fecha de acceso 25 octubre del 2010]; disponible en : http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/arti_10.pdf
- Hernández Herrera, DE y Col. Prevención de caídas en el adulto mayor: Intervenciones de enfermería. Rev. Enferm. IMSS (México). 2007; 15 (1): 47-50
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perfil Sociodemográfico del Perú [En línea] Lima: INEI; 2008 [fecha de acceso 2 Nov 2011] Disponible en : <http://www.inei.gob.pe/Anexos/libro.pdf>
- Landeros Olvera E y Col. Estimación de las capacidades de autocuidado para hipertensión arterial en una comunidad rural. Rev. Enferm. IMSS (México). 200; 12 (2): 71-74.
- Leitón Z, Ordoñez Y. Manual de Información para profesionales: Autocuidado de la salud para el adulto mayor. Lima: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES); 2003.
- Maita Rojas A. Riesgos de accidentes en el Adulto Mayor que realiza actividades de rutina, usuarios de los Servicios del Centro de Salud Conde de la Vega. [Tesis de Licenciatura] Lima - Perú: UNMSM; 2008.
- Manual de Enfermería. España: Editorial LEXUS, 2003. Pp. 688.
- Marriner Tomey A. Modelos y Teorías en Enfermería. 4ta Ed. España: Editorial Harcourt Brace. 1999. Pp. 177-181.
- Medellín Vélez B. Desarrollo de capacidades de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2. Rev. Enferm. IMSS (México). 2007; 15 (2): 91-98.
- Millán Méndez I. La capacidad y percepción de autocuidado, una estrategia de elección para alcanzar una longevidad satisfactoria. Correo Científico Médico de Holguín (Cuba). 2007; 11(4) Supl 1: 3-5.

- Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2006 – 2010. Perú: MIMDES. Pp. 2.
- Ministerio de Salud. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Lima – Perú; 2005. Pp. 31.
- Ministerio de Salud. Rotafolio: Cuidado y Autocuidado de la Salud Personas Adultas Mayores. Lima – Perú. 2009
- Ministerio de Salud. Situación del Adulto Mayor en el Perú [En línea] 2005 [fecha de acceso 4 Jun 2009] Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/boletines/SituacionAdultoMayorPeru.pdf>
- Naciones Unidas. Estudio Económico y Social Mundial 2007: Desarrollo de un Mundo que envejece [En línea] New York: Departamento de Información Pública; 2007 [fecha de acceso 16 Dic 2009] Disponible en : http://www.futuros21.info/uploads/wess07factsheet_sp.pdf
- OMS. Perfil del Adulto Mayor Perú – Intra II. 2004
- Oyarzún E. Factores de Riesgo Individuales y Familiares. [En línea] [fecha de acceso 24 mayo del 2009]; disponible en: https://www.ucursos.cl/medicina/2008/1/MPRINT25/1/material_docente/objeto/164888
- Sgaravatti A. Factores de riesgo y Valoración de las caídas en el adulto mayor. Uruguay: SUGG. Carta Geriátrico Gerontológica 2011; 4(1): 9-13
- Sociedad Andaluza de Geriatria y Gerontología. Caídas en el Anciano. España. Diciembre 2004; 2 (3): 2-9.
- Tobón Correa O. El Autocuidado: Una Habilidad para Vivir. Rev. Hacia la Promoción de la Salud (Colombia). 2003; 8: Pp. 3-8.
- United Nations. Population Ageing and Development 2009. [en línea] New York: Department of Economic and Social Affairs; 2009 [fecha de acceso 2 Nov 2011] Disponible en: <http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2009.htm>

ANEXOS

INDICE DE ANEXO

- A. Operacionalización de la variable
- B. Instrumento de recolección de datos
- C. Grado de concordancia entre los jueces
- D. Determinación de la Confiabilidad del instrumento
- E. Medición de la variable Capacidad de Autocuidado en la prevención de caídas
- F. Matriz tripartita de codificación de datos
- G. Sexo de los adultos mayores del Centro de Salud “Tablada de Lurín”
- H. Edades de los adultos mayores del Centro de Salud “Tablada de Lurín”
- I. Estado Civil de los adultos mayores del Centro de Salud “Tablada de Lurín”
- J. Grado de instrucción de los adultos mayores del Centro de Salud “Tablada de Lurín”
- K. Enfermedades que refieren padecer los adultos Mayores del Centro de Salud “Tablada de Lurín”
- L. Capacidad de Autocuidado en la prevención de caídas de los adultos mayores según sexo – Centro de Salud “Tablada de Lurín”
- M. Prácticas de autocuidado de los adultos mayores para el control de los factores de riesgo intrínsecos de las caídas - Centro de Salud “Tablada de Lurín”
- N. Prácticas de autocuidado de los adultos mayores para el control de los factores de riesgo extrínsecos de las caídas - Centro de Salud “Tablada de Lurín”

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE IDENTIFICADA	DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL	DEFINICION OPERACIONAL
Capacidad de autocuidado en la prevención de caídas que tiene el adulto mayor	Habilidades de las personas para realizar de manera efectiva su autocuidado, es decir las actividades y las decisiones que toma un individuo con el propósito de mantener, fortalecer o restablecer su salud y prevenir la enfermedad u otro acontecimiento como las caída donde el individuo se precipita al suelo, contra su voluntad pero que puede tener causa	<p>Factores Intrínsecos:</p> <p>Elementos o condiciones propias del individuo</p>	<p><i>Cambios producidos por el envejecimiento</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidado de la visión - Cuidado de la audición - Actividad física <p><i>Las enfermedades</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentación - Control del peso - Cambios bruscos de postura - Control médico periódico - Cuidado de los pies - Consumo de alcohol <p><i>Consumo de medicamentos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Automedicación - Pedir información sobre los efectos adversos de los medicamentos 	<p>Aceptable</p> <p>Poco aceptable</p> <p>No aceptable</p>	Conjunto de actividades que el adulto mayor que acude al Centro Materno Infantil y Emergencias “Tablada de Lurín” refiere realizar por sí mismo en su casa y en su comunidad para controlar los factores intrínsecos y extrínsecos con el propósito de disminuir el riesgo de caídas.

	multifactorial, o sea de forma intrínseca y extrínseca	<p>Factores Extrínsecos:</p> <p>Condiciones físicas del ambiente</p>	<p><i>Domicilio</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Buena iluminación - Eliminar obstáculos - Evitar pisos resbalosos y mojados - Evitar caminar descalzo - Sostener barandas al bañarse - Tener objetos al alcance de la mano - Evitar levantar objetos pesados - Evitar subir a bancos o sillas <p><i>Comunidad</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cruzar la calle por el paso peatonal - Sostenerse bien del pasamanos al subir y bajar del transporte público - Evitar pisos mojados y deteriorados - Evitar mirar directamente a las luces - Salir acompañado 		
--	--	---	--	--	--

ANEXO B

CUESTIONARIO

INTRODUCCIÓN:

Buenas tardes Señor (a), mi nombre es María del Pilar Camino soy Egresada de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, estoy llevando a cabo un trabajo de investigación que tiene por finalidad obtener información acerca de la manera como las personas adultas mayores cuidan de sí mismos para prevenir las caídas. La entrevista es anónima. La información resultante será confidencial y utilizada sólo para este trabajo. Agradezco de antemano su colaboración.

DATOS GENERALES:

1. Sexo: a) F b) M
2. Edad:
3. Estado Civil: a) Soltero b) Casado c) Viudo d) Conviviente
4. Grado de instrucción:
 a) Sin instrucción
 Primaria: b) incompleta c) completa
 Secundaria: d) incompleta e) completa
 Superior: f) incompleta g) completa
5. Religión:
6. Lugar de Nacimiento:
7. Actualmente Ud. padece de:
 a) Diabetes b) Hipertensión Arterial c) Artritis d) Osteoporosis
 Otras:.....
8. Actualmente Ud. Vive:
 a) Solo b) Conyugue c) Familiares Otros:

INSTRUCCIONES:

A continuación se le realizará una serie de preguntas acerca del tema, con diferentes alternativas de respuesta. Por lo cual, solicito que UD. escuche atentamente y luego elija una alternativa que crea conveniente. Por favor responda con toda sinceridad.

Responda SI, cuando siempre realiza esa actividad

Responda A VECES, cuando esa actividad la realiza de vez en cuando o en muy raras ocasiones

Responda NO, cuando nunca realiza dicha actividad

CONTENIDO

Nº	PROPOSICIONES	SI	AV	NO
1	Acude anualmente al especialista para controlarse algún problema de la vista			
2	Acude anualmente al especialista para realizarse una revisión del oído			
3	Realiza diariamente algún tipo de actividad física (baile, gimnasia, taichí, etc.)			
4	Realiza diariamente caminatas de 30 minutos			
5	Incluye en su dieta diaria alimentos ricos en calcio y vitamina D (leche, queso, yogurt, huevo, quinua)			
6	Consume diariamente café, té, bebidas gaseosas			
7	Controla su peso periódicamente			
8	Se para bruscamente al levantarse de la silla			
9	Se para bruscamente al levantarse de la cama			
10	Realiza un control médico periódico para detectar tempranamente problemas de salud			
11	Observa diariamente sus pies en busca de lesiones o pequeñas heridas			
12	Usa frecuentemente calzado cómodo (con suela antideslizante, sin taco, a su medida)			
13	Consume bebidas alcohólicas			
14	Sólo toma medicamentos que el médico le indica			
15	En caso de tomar un nuevo medicamento solicita al doctor información sobre sus efectos (sueño, mareos, hipertensión)			
16	Mantiene los ambientes de la casa con buena iluminación			
17	Mantiene los pasillos de la casa en libres de obstáculos (alfombras, cables eléctricos)			
18	Evita tener suelos resbalosos en su casa (muy encerados, húmedos)			
19	Camina descalzo (en medias) por la casa			
20	Al bañarse se sostiene de barandas o manijas			
21	Conserva los objetos de uso diario al alcance de la mano			
22	Levanta objetos pesados			
23	Sube a bancos o sillas para alcanzar cosas que están en lugares altos (cambiar la bombilla)			
24	Cruza la calle por el paso peatonal o esquinas sin correr			
25	Se sostiene del pasamano para subir al vehículo de transporte público			
26	Se sostiene bien del pasamano al bajar del vehículo de transporte público			
27	En la calle evita pasar por lugares con agua o barro			
28	En la calle evita pasar por lugares con suelos deteriorados			
29	Mira directamente a las luces de los carros al atravesar la calle			
30	Sale acompañado cuando acude a lugares con mucha gente (hospital, posta, mercado, etc.)			

ANEXO C
GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE JUECES
PRUEBA BINOMIAL

ITEMS	JUECES EXPERTOS							P
	1	2	3	4	5	6	7	
1	1	1	1	1	1	1	1	0.008
2	1	1	1	1	1	1	0	0.062*
3	1	1	1	1	1	1	0	0.062*
4	1	1	1	1	1	1	1	0.008
5	1	1	1	1	1	1	1	0.008
6	1	1	1	1	1	0	1	0.062*
7	1	1	1	0	1	1	1	0.062*

*En esta pregunta se tomaron en cuenta las observaciones realizadas para la elaboración del instrumento final

Se ha considerado:

0: si la respuesta es negativa

1: si la respuesta es positiva

$$P = \frac{0.272}{7} = 0.039$$

Si $p < 0.05$ el grado de concordancia es significativo: de acuerdo a los resultados obtenidos el instrumento es válido según los jueces expertos: $p = 0.039$

ANEXO D

DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se tomó una prueba piloto a 15 personas adultas mayores, a los resultados se les aplicó la fórmula estadística α de Crombach:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum Si^2}{Sx^2} \right)$$

Donde: α : Coeficiente de Confiabilidad
 $\sum Si^2$: Suma de las varianzas individuales de los ítems
 Sx^2 : Varianza total de la prueba
 K: Número de ítems

$$\alpha = \frac{30}{29} \left(1 - \frac{13.35}{32.27} \right)$$

$$\alpha = 1.03 (1 - 0.41)$$

$$\alpha = 1.03 (0.59)$$

$$\alpha = 0.61$$

Para que exista confiabilidad $\alpha > 0.5$; por lo tanto el instrumento es confiable.

ANEXO E
MEDICIÓN DE LA VARIABLE CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN
LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Para la clasificación de la capacidad de autocuidado de las personas adultas mayores para prevenir caídas se utilizó la escala de Stanones, usando una constante de 0.75, dividiéndola en 3 categorías: Alta, Media y Baja.

Procedimiento:

1. Se determinó el promedio (\bar{x}):

$$\bar{x} = 42.53$$

2. Se calculó la desviación estándar (S):

$$S = 5.68$$

3. Se establecieron los valores de a y b :

$$a = \bar{x} - 0.75 (S)$$

$$a = 42.53 - 0.75 (5.68)$$

$$a = 42.53 - 4.26$$

$$a = 38.3$$

$$b = \bar{x} + 0.75 (S)$$

$$b = 42.53 + 0.75 (5.68)$$

$$b = 42.53 + 4.26$$

$$b = 46.8$$

❖ Capacidad de Autocuidado en la prevención de caídas

- Baja: menos de 38
- Media: entre 38 y 47
- Alta: Mayor de 47

CATEGORIZACIÓN DE LA DIMENSIÓN FACTORES DE RIESGO INTRÍNSECOS

Procedimiento:

1. Se determinó el promedio (\bar{x}):

$$\bar{X} = 18.47$$

2. Se calculó la desviación estándar (S):

$$S = 3.09$$

3. Se establecieron los valores de a y b :

$$a = \bar{x} - 0.75 (S)$$

$$a = 18.47 - 0.75 (3.09)$$

$$a = 18.47 - 2.32$$

$$a = 16.15$$

$$b = \bar{x} + 0.75 (S)$$

$$b = 18.47 + 0.75 (3.09)$$

$$b = 18.47 + 2.32$$

$$b = 20.79$$

❖ Capacidad de Autocuidado en el control de los factores intrínsecos de las caídas

- Baja: menos de 16
- Media: entre 16 y 21
- Alta: Mayor de 21

CATEGORIZACIÓN DE LA DIMENSIÓN FACTORES DE RIESGO EXTRÍNSECOS

Procedimiento:

1. Se determinó el promedio (\bar{x}):

$$\bar{X} = 24.07$$

2. Se calculó la desviación estándar (S):

$$S = 3.65$$

3. Se establecieron los valores de a y b :

$$a = \bar{x} - 0.75 (S)$$

$$a = 24.07 - 0.75 (3.65)$$

$$a = 24.07 - 2.74$$

$$a = 21.33$$

$$b = \bar{x} + 0.75 (S)$$

$$b = 24.07 + 0.75 (3.65)$$

$$b = 24.07 + 2.74$$

$$b = 26.81$$

❖ Capacidad de Autocuidado en el control de los factores extrínsecos de las caídas

- Baja: menos de 21
- Media: entre 21 y 27
- Alta: Mayor de 27

ANEXO F
MATRIZ TRIPARTITA DE CODIFICACIÓN DE DATOS

N°	ITEMS																														TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
1	0	0	0	2	2	1	0	2	2	0	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	0	43
2	1	0	0	2	1	0	0	2	2	0	0	1	2	2	0	1	2	2	2	0	1	1	2	1	2	1	2	2	0	0	32
3	1	0	2	1	1	1	1	0	0	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	1	1	1	1	2	2	2	0	1	38
4	0	0	2	2	1	0	2	0	0	1	0	1	2	2	2	1	2	2	2	0	1	2	2	1	2	2	2	1	2	0	37
5	0	0	1	1	1	1	0	2	2	1	0	2	2	1	1	2	2	2	2	0	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	40
6	1	1	1	1	2	1	0	2	2	0	0	2	2	1	0	2	2	2	2	0	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	39
7	0	0	0	2	2	2	0	1	1	2	0	2	2	2	0	2	2	2	2	0	2	2	0	2	1	1	2	2	0	0	36
8	2	0	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	53
9	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	50
10	0	0	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	0	2	2	2	1	0	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	44
11	0	0	1	0	1	2	2	2	2	2	0	2	2	2	1	2	1	2	2	0	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	43
12	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	0	1	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	50
13	2	0	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	0	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	0	48
14	0	0	1	0	2	1	0	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	0	0	2	2	2	1	0	0	37
15	1	0	1	1	1	1	2	0	0	2	0	1	2	1	0	1	1	2	2	0	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	38
16	2	0	0	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	51
17	2	0	0	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	0	51
18	1	0	0	1	1	2	0	2	2	2	1	0	2	1	0	2	1	2	2	0	2	1	0	2	2	2	2	2	1	0	36
19	0	0	0	0	1	1	0	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	44
20	2	0	0	1	1	2	1	2	2	0	0	1	2	0	0	2	1	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	40
21	0	0	0	1	1	2	2	1	2	2	0	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	42
22	2	0	1	1	1	2	2	2	2	2	0	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	1	2	0	46
23	0	2	0	2	2	2	2	0	1	1	2	2	2	2	2	0	0	1	2	0	0	2	2	2	2	1	2	1	2	0	39

N°	ITEMS																														TOTAL		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
24	2	0	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	0	50	
25	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	0	48	
26	2	0	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	0	47
27	2	0	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	52	
28	0	0	0	1	1	2	0	2	2	0	0	2	2	2	0	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	0	0	2	0	36	
29	0	0	0	0	2	2	2	0	0	1	0	1	2	1	2	0	2	2	2	2	2	1	2	0	2	2	2	2	2	1	2	37	
30	0	0	2	2	1	1	2	0	2	1	0	2	1	2	1	2	2	2	2	2	0	1	2	2	2	2	2	2	2	1	0	41	
31	2	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	0	2	0	2	37	
32	0	0	0	2	1	1	2	1	1	1	0	1	2	2	2	0	1	1	2	0	1	2	0	2	2	2	2	2	2	0	0	33	
33	2	0	0	1	1	1	0	2	2	0	0	2	2	2	0	0	2	2	2	0	1	2	0	2	2	2	2	2	2	1	0	35	
34	0	0	0	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	0	2	2	2	2	2	1	1	46	
35	0	0	0	2	2	1	2	0	1	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	1	2	44	
36	0	0	0	2	1	2	2	2	1	0	2	2	2	1	1	2	1	0	2	0	1	1	2	0	2	0	2	2	2	1	1	37	
37	1	2	0	0	2	0	1	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	0	2	0	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	44	
38	2	0	0	2	1	2	2	2	1	2	0	2	2	2	0	1	0	2	2	0	2	2	2	0	1	2	2	2	2	2	0	40	
39	2	0	2	1	1	1	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	1	0	2	2	2	2	2	2	1	2	47	
40	1	0	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	0	2	2	2	2	0	2	1	0	2	2	2	2	2	2	2	0	44	
41	0	0	2	2	2	1	2	2	2	0	1	2	2	0	0	2	2	2	2	0	1	2	0	1	2	2	2	2	2	1	1	40	
42	2	0	1	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	48	
43	0	0	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	0	1	0	0	2	2	2	2	2	2	2	0	38	
44	0	0	2	2	1	2	1	2	2	1	1	0	2	2	0	0	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	41	
45	0	0	2	2	2	1	2	2	2	0	1	2	2	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	0	46	
46	0	0	0	2	1	1	0	2	2	0	1	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	41	

DIMENSIÓN FACTORES DE RIESGO INTRÍNSECOS

N°	ITEMS															TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
1	0	0	0	2	2	1	0	2	2	0	2	2	1	2	2	18
2	1	0	0	2	1	0	0	2	2	0	0	1	2	2	0	13
3	1	0	2	1	1	1	1	0	0	1	0	2	2	2	2	16
4	0	0	2	2	1	0	2	0	0	1	0	1	2	2	2	15
5	0	0	1	1	1	1	0	2	2	1	0	2	2	1	1	15
6	1	1	1	1	2	1	0	2	2	0	0	2	2	1	0	16
7	0	0	0	2	2	2	0	1	1	2	0	2	2	2	0	16
8	2	0	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	24
9	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	0	24
10	0	0	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	0	19
11	0	0	1	0	1	2	2	2	2	2	0	2	2	2	1	19
12	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	0	1	2	2	0	22
13	2	0	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	0	23
14	0	0	1	0	2	1	0	2	2	2	0	2	2	2	2	18
15	1	0	1	1	1	1	2	0	0	2	0	1	2	1	0	13
16	2	0	0	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	21
17	2	0	0	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	24
18	1	0	0	1	1	2	0	2	2	2	1	0	2	1	0	15
19	0	0	0	0	1	1	0	2	2	2	1	2	2	2	2	17
20	2	0	0	1	1	2	1	2	2	0	0	1	2	0	0	14
21	0	0	0	1	1	2	2	1	2	2	0	1	2	1	1	16
22	2	0	1	1	1	2	2	2	2	2	0	2	2	2	0	21
23	0	2	0	2	2	2	2	0	1	1	2	2	2	2	2	22
24	2	0	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	24
25	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	23
26	2	0	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	0	21
27	2	0	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	25
28	0	0	0	1	1	2	0	2	2	0	0	2	2	2	0	14
29	0	0	0	0	2	2	2	0	0	1	0	1	2	1	2	13
30	0	0	2	2	1	1	2	0	2	1	0	2	1	2	1	17
31	2	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	2	2	2	1	15
32	0	0	0	2	1	1	2	1	1	1	0	1	2	2	2	16
33	2	0	0	1	1	1	0	2	2	0	0	2	2	2	0	15
34	0	0	0	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	21
35	0	0	0	2	2	1	2	0	1	1	0	2	2	2	2	17
36	0	0	0	2	1	2	2	2	2	1	0	2	2	1	1	18
37	1	2	0	0	2	0	1	2	2	2	0	2	2	2	2	20
38	2	0	0	2	1	2	2	2	1	2	0	2	2	2	0	20
39	2	0	2	1	1	1	2	2	2	2	0	2	2	2	2	23
40	1	0	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	0	21
41	0	0	2	2	2	1	2	2	2	0	1	2	2	0	0	18
42	2	0	1	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2	23
43	0	0	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	19
44	0	0	2	2	1	2	1	2	2	1	1	0	2	2	0	18
45	0	0	2	2	2	1	2	2	2	0	1	2	2	1	0	19
46	0	0	0	2	1	1	0	2	2	0	1	2	2	2	0	15

DIMENSIÓN FACTORES DE RIESGO EXTRÍNSECOS

N°	ITEMS															TOTAL
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	0	25
2	1	2	2	2	0	1	1	2	1	2	1	2	2	0	0	19
3	2	2	2	2	0	2	1	1	1	2	2	2	2	0	1	22
4	1	2	2	2	0	1	2	2	1	2	2	2	1	2	0	22
5	2	2	2	2	0	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	25
6	2	2	2	2	0	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	23
7	2	2	2	2	0	2	2	0	2	1	1	2	2	0	0	20
8	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	29
9	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	26
10	2	2	2	1	0	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	25
11	2	1	2	2	0	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	24
12	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	28
13	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	0	25
14	2	2	2	2	0	2	2	0	0	2	2	2	1	0	0	19
15	1	1	2	2	0	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	25
16	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	30
17	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	0	27
18	2	1	2	2	0	2	1	0	2	2	2	2	2	1	0	21
19	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	27
20	2	1	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	26
21	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	26
22	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	1	2	0	25
23	0	0	1	2	0	0	2	2	2	1	2	2	1	2	0	17
24	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	0	26
25	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	0	25
26	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	0	26
27	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	27
28	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	0	0	2	0	22
29	0	2	2	2	2	1	2	0	2	2	2	2	2	1	2	24
30	2	2	2	2	0	1	2	2	2	2	2	2	2	1	0	24
31	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	0	2	0	2	22
32	0	1	1	2	0	1	2	0	2	2	2	2	2	0	0	17
33	0	2	2	2	0	1	2	0	2	2	2	2	2	1	0	20
34	2	2	2	2	2	1	2	0	2	2	2	2	2	1	1	25
35	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	1	2	27
36	2	1	0	2	0	1	1	2	0	2	2	2	2	1	1	19
37	2	2	0	2	0	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	24
38	1	0	2	2	0	2	2	0	1	2	2	2	2	2	0	20
39	2	2	2	2	0	2	1	0	2	2	2	2	2	1	2	24
40	2	2	2	2	0	2	1	0	2	2	2	2	2	2	0	23
41	2	2	2	2	0	1	2	0	1	2	2	2	2	1	1	22
42	2	2	2	1	0	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	25
43	1	1	2	2	0	1	0	0	2	2	2	2	2	2	0	19
44	0	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	23
45	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	0	27
46	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	26

ANEXO G

SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD TABLADA DE LURÍN

LIMA – PERÚ

2011

SEXO	ADULTOS MAYORES	
	Nº	%
Femenino	31	67.4
Masculino	15	32.6
TOTAL	46	100

ANEXO H

EDADES DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD TABLADA DE LURÍN

LIMA – PERÚ

2011

EDAD	ADULTOS MAYORES	
	Nº	%
60 a 69 años	18	39.13
70 a 79 años	22	47.83
De 80 a más	6	13.04
TOTAL	46	100

ANEXO I

**ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL
CENTRO DE SALUD TABLADAD DE LURÍN
LIMA – PERÚ
2011**

ESTADO CIVIL	ADULTOS MAYORES	
	Nº	%
Soltero	18	39.1
Casado	16	34.8
Viudo	11	23.9
Conviviente	1	2.2
TOTAL	46	100

ANEXO J

**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES
DEL CENTRO DE SALUD TABLADA DE LURÍN
LIMA – PERÚ 2011**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	ADULTOS MAYORES	
	Nº	%
Sin Instrucción	11	23.9
Primaria Incompleta	17	36.9
Primaria Completa	11	23.9
Secundaria incompleta	2	4.4
Secundaria Completa	3	6.5
Superior Incompleto	1	2.2
Superior Completo	1	2.2
TOTAL	46	100

ANEXO K

ENFERMEDADES QUE REFIEREN PADECER LOS ADULTOS MAYORES
DEL CENTRO DE SALUD TABLADAD DE LURÍN
LIMA – PERÚ 2011

ENFERMEDADES	TOTAL	ADULTOS MAYORES	
		Nº	%
Diabetes	46	2	4.35
Hipertensión/ CV		14	30.43
Artritis		3	6.52
Osteoporosis		8	17.39
Artrosis		5	10.87
Dislipidemias		3	6.52
Gastritis		2	4.35
Ninguna		20	43.48

ANEXO L

CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN LA PREVENCIÓN
DE CAÍDAS DEL ADULTO MAYOR SEGÚN SEXO
CENTRO DE SALUD TABLADA DE LURÍN
LIMA – PERÚ 2011

CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS	TOTAL	SEXO			
		Femenino		Masculino	
		Nº	%	Nº	%
Aceptable	10	8	25.8	2	13.3
Poco aceptable	25	16	51.6	9	60
No aceptable	11	7	22.6	4	26.7
TOTAL	46	31	100	15	100

ANEXO M

FRECUENCIAS DE REPUESTA DE LOS ADULTOS MAYORES SOBRE EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO INTRÍNSECOS DE LAS CAÍDAS - CENTRO DE SALUD TABLADA DE LURÍN LIMA – PERÚ 2011

Enunciados	TOTAL		Adultos Mayores					
			Sí		A veces		No	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Acude anualmente al especialista para controlarse algún problema de la vista	46	100	16	35	8	17	22	48
Acude anualmente al especialista para realizarse una revisión del oído	46	100	5	11	1	2	40	87
Realiza diariamente algún tipo de actividad física	46	100	9	19	16	35	21	46
Realiza diariamente caminatas de 30 minutos	46	100	21	46	19	41	6	13
Incluye en su dieta diaria alimentos ricos en calcio y vitamina D	46	100	18	39	28	61	0	0
Evita consumir diariamente café, té, bebidas gaseosas	46	100	18	39	25	54	3	7
Controla su peso periódicamente	46	100	25	54	10	22	11	24
Evita levantarse bruscamente de la silla	46	100	34	74	5	11	7	15
Evita levantarse bruscamente de la cama	46	100	35	76	7	15	4	9
Realiza un control médico periódico para detectar tempranamente problemas de salud	46	100	24	52	13	28	9	20
Observa diariamente sus pies en busca de lesiones o pequeñas heridas	46	100	9	20	13	28	24	52
Usa frecuentemente calzado cómodo	46	100	33	72	11	24	2	4
Evita consumir bebidas alcohólicas	46	100	39	85	7	15	0	0
Sólo toma medicamentos que el médico le indica	46	100	33	72	11	24	2	4
En caso de tomar un nuevo medicamento solicita al doctor información sobre sus efectos	46	100	18	39	8	17	20	44

ANEXO N

FRECUENCIA DE RESPUESTAS DE LOS ADULTOS MAYORES SOBRE EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO EXTRÍNSECOS DE LAS CAÍDAS - CENTRO DE SALUD TABLADA DE LURÍN LIMA – PERÚ 2011

Enunciados	TOTAL		Adultos Mayores					
			Si		A veces		No	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mantiene los ambientes de la casa con buena iluminación	46	100	33	72	7	15	6	13
Mantiene los pasillos de la casa en libres de obstáculos	46	100	36	78	8	18	2	4
Evita tener suelos resbalosos en su casa	46	100	40	87	4	9	2	4
Evita caminar descalzo por la casa	46	100	44	96	2	4	0	0
Al bañarse se sostiene de barandas o manijas	46	100	18	39	2	4	26	57
Conserva los objetos de uso diario al alcance de la mano	46	100	26	57	19	41	1	2
Evita levantar objetos pesados	46	100	31	68	14	30	1	2
Evita subir a bancos o sillas para alcanzar cosas que están en lugares altos	46	100	25	55	7	15	14	30
Cruza la calle por el paso peatonal o esquinas sin correr	46	100	30	66	14	30	2	4
Se sostiene del pasamano para subir al vehículo de transporte público	46	100	44	96	2	4	0	0
Se sostiene bien del pasamano al bajar del vehículo de transporte público	46	100	44	96	2	4	0	0
En la calle evita pasar por lugares con agua o barro	46	100	42	92	2	4	2	4
En la calle evita pasar por lugares con suelos deteriorados	46	100	39	85	6	13	1	2
Evita mirar directamente a las luces de los carros al atravesar la calle	46	100	26	57	14	30	6	13
Sale acompañado cuando acude a lugares con mucha gente	46	100	12	26	10	22	24	52